Centro Oriente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
APOYO – GESTION DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 02
FECHA: 2020-05-04

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	1-S-4484-2021	C.D.P. No.:	721	Proceso al que pertenece:	MEDIANA COMPLEJIDAD ASISTENCIAL
				Unidad a la que pertenece:	SAN BLAS

Nombre del Contratista: EMILSE ROSSIO MUÑOZ OVIEDO | C.C.: 1.070.584.219 | de: GIRARDOT

Fecha Inicio: 23/03/2021 | Fecha Terminación Inicial: 2021-04-30 | Valor Mensual: $ 3.060.000 | Valor a cobrar: $ 4.590.000

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 33.473.000	1224	2021-05-01	2021-06-15
2	$ 13.390.000	1777	2021-06-15	2021-08-15
3	$ 14.730.000	2360	2021-08-16	2021-09-15
4	$ 13.390.000	2939	2021-09-16	2021-09-30
5	$ 27.260.000	3253	2021-09-16	2021-10-31
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	MARZO	$ 1.241.000	$ 736.600	49207176
2	ABRIL	$ 3.060.000	$ 787.300	49640313
3	MAYO	$ 4.590.000	$ 378.800	50325652
4	JUNIO	$ 4.182.000	$ 568.100	51144589
5	JULIO	$ 4.182.000	$ 517.600	51728804
6	AGOSTO	$ 3.366.000	$ 517.600	52595026
7	SEPTIEMBRE	$ 3.060.000	$ 410.600	53087322
8	OCTUBRE	$ 4.590.000	$ 378.800	53745198
9				
10				
11				
12				

Resumen de contrato:

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 5.814.000	$ 33.473.000	$ 28.271.000	$ 5.202.000

2. INFORME DE ACTIVIDADES REALIZADAS Y AVANCE EN CUMPLIMIENTO DEL OBJETO DEL CONTRATO

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO DE MANERA PERSONAL Y AUTOMA EN SU CONDICION DE ENFERMERA PARA LA EJECUCION DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LOS PROCESOS DE GESTION HOSPITALARIA, URGENCIAS Y QUIRURGICOS, CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Declaración de cumplimiento para el periodo: Desde: 2021-10-01 Hasta: 2021-10-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las establecidas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO	
		ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	EJECUTAR PROCEDIMIENTOS Y CUIDADOS A LOS PACIENTES QUE POR SU ESTADO CRITICO ASI LO REQUIEREN	Realiza los procedimientos a los pacientes a su cargo de acuerdo a su estado clinico	DINAMICA
2	FORMULAR EL PLAN DE CUIDADO DIARIO DE ENFERMERIA DE ACUERDO AL DIAGNOSTICO Y NECESIDADES IDENTIFICADAS	Realiza el plan de cuidados de enfermeria de acuerdo al diagnostico y necesidades identificadas	PLAN DE CUIDADO
3	VERIFICAR MEDIDAS PREVENTIVAS DE EVENTOS ADVERSOS E IDENTIFICANDO RIESGOS GARANTIZANDO LA SEGURIDAD DEL PACIENTE Y REPORTANDO LOS EVENTOS ADVERSOS QUE SE PRESENTEN	Realiza la identificacion de los riesgos de los usuarios aplicando las medidas preventivas en cada caso	REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS
4	ADMINISTRAR MEDICAMENTOS OPORTUNAMENTE Y VERIFICAR EL CUIDADO BRINDADO A LOS PACIENTES DE ACUERDO A LOS PROTOCOLOS Y GUIAS ESTABLECIDAS DEL SERVICIO UTILIZANDO TECNICAS DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA Y NORMAS DE BIOSEGURIDAD E INFORMAR AL MEDICO TRATANTE Y COORDINADORES LA NO EXISTENCIA DE MEDICAMENTOS PARA REALIZAR OPORTUNAMENTE EL TRATAMIENTO	Administra medicamentos de forma oportuna, utilizando tecnica aseptica, normas de bioseguridad y los correctos en la administracion de medicamentos	DINAMICA
5	APOYAR LA SUPERVISION DE LAS ACTIVIDADES DEL PERSONAL AUXILIAR DE ENFERMERIA Y CAMILLEROS, OBSERVANDO QUE SE REALICEN LOS PROCEDIMIENTOS Y REVISANDO REGISTROS DE ENFERMERIA	Realiza supervision al personal en cuanto al cumplimiento de los protocolos	EVALUACION OPORTUNA AL PERSONAL
6	REALIZAR ACTUALIZACION DEL KARDEX Y TARJETAS DE MEDICAMENTOS DE ACUERDO CON LAS NORMAS ESTABLECIDAS EN FORMA ESCRITA Y CADA VEZ QUE SE REQUIERA EL CAMBIO DEL TRATAMIENTO DEL PACIENTE	Realiza la actualizacion del kardex y tarjetas de medicamentos de acuerdo con lo establecido	KARDEX Y TARJETAS DE MEDICAMENTOS
7	CONTROLAR LOS SUMINISTROS Y EXISTENCIAS DE INSUMOS Y MEDICAMENTOS DE LOS PACIENTES DEL SERVICIO	Realiza el control de los suministros y existencia de insumos y medicamentos de los pacientes a cargo	INVENTARIOS
8	REALIZAR LAS DEVOLUCIONES AL SERVICIO DE FARMACIA DE LOS MEDICAMENTOS E INSUMOS POR PACIENTES ANTES DEL EGRESO Y OPORTUNAMENTE CUANDO ASI LO AMERITE	Realiza las devoluciones de medicamentos e insumos de los pacientes antes del egreso del mismo o cuando asi lo amerite	DINAMICA
9	REALIZAR EN EL FORMATO CORRESPONDIENTE Y LAS HORAS Y FECHAS ADECUADAS LOS PEDIDOS DE ELEMENTOS E INSUMOS NECESARIOS PARA LOS PACIENTES EN SU RESPECTIVO SERVICIO	No aplica	NO APLICA
10	PARTICIPAR EN FORMA ACTIVA EN LA REVISTA MEDICA DIARIA DANDO SUS APORTES SEGUN SE REQUIERA	Participa activamente en la revista medica diaria dando sus aportes segun se requiera	RONDA DE ENFERMERIA Y PROTOCOLO DE ENTREGA Y RECIBO DE TURNO
11	REVISAR PERMANENTEMENTE LOS ELEMENTOS "DRENAJES, BURETROLES Y DEMAS ELEMENTOS INVASIVOS DEL PACIENTE QUE MANEJAN SEGUN PROTOCOLO Y DEJAR UN LOG REGISTROS CORRESPONDIENTE	Revisa en cada turno los elementos. Drenajes, buretroles y demas elementos del paciente segun protocolo	DINAMICA
12	REALIZAR LA ASIGNACION DE PACIENTES A CADA AUXILIAR DE ACUERDO AL NUMERO DE PACIENTES, COMPLEJIDAD Y DE ACUERDO A LAS NECESIDADES DEL SERVICIO	Realiza la asignacion de pacientes y actividades a cada uno de los auxiliares a cargo dependiendo de la complejidad de los pacientes	PLAN DE CUIDADOS
13	PARTICIPAR ACTIVAMENTE EN EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA MEDIANTE LA NOTIFICACION OPORTUNA DE INFORMES DE LOS CASOS O POSIBLES BROTES INFECCIOSOS PARA TOMA DE CONDUCTAS QUE PREVENGAN LA PRESENCIA O PROPAGACION DE INFECCIONES EN LOS SERVICIOS	Participa activamente en sistema de vigilancia epidemiologica notificando oportunamente los casos de infecciones y realizando los seguimientos necesarios	DINAMICA
14	RESPONDER POR LOS INVENTARIOS CONSERVACION Y USO ADECUADO DE LOS EQUIPOS, ELEMENTOS E INSUMOS ENTREGADOS EN EL SERVICIO	Participa en el cuidado y custodia de los equipos e insumos del servicio	INVENTARIOS
15	REALIZAR LA ASIGNACION OPORTUNA DE CAMAS PARA LOS PACIENTES QUE LOS REQUIRAN, REALIZANDO LOS TRASLADOS NECESARIOS PARA TAL FIN DE FORMA OPORTUNA COLABORANDO EN EL ORO DE CAMA	Realiza asignacion oportuna de las camas para los pacientes que asi lo amerite y adicionalmente realiza los traslados necesarios para tal fin	ORGANIZACION PERSONAL
16	CUMPLIR CON EL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES ESTABLECIDO DE MUTUO ACUERDO CON EL SUPERVISOR DEL CONTRATO, REPORTANDO LAS NOVEDADES PRESENTADAS POR CADA PACIENTE ASIGNADO Y NOVEDADES EN EQUIPOS E INSUMOS DEL SERVICIO	Participa en el recibo y entrega de turno de forma oportuna reportando las novedades que se generen durante su turno con los usuarios y con los equipos e insumos	LIBRO DE RECIBO Y ENTREGA DE TURNO
17	TRAMITAR OPORTUNAMENTE LOS EXAMENES DE LABORATORIO, RADIOLOGIA Y EXAMENES ESPECIALES Y REVISIONES QUE REQUIERAN LOS PACIENTES A CARGO	Tramita oportunamente los examenes de laboratorio, radiologia y examenes especiales y revisiones que requieran los pacientes a cargo	REBVISION HISTORIAS CLINICAS
18	DAR CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCION 1995 DE 1999 Y AL MANUAL DEL MANEJO DE HISTORIA CLINICA DE LA SUB RED CONTENIDAS EN EL FORMATO DE NECESIDAD DE PERSONAL QUE HACE PARTE INTEGRAL DEL PRESENTE CONTRATO	Da cumplimiento a la resolucion 1995-199 y al manual de manejo de historias clinicas	RGANIZACION HISTORIA CLINICA

Observaciones:

Firma del Contratista

Nombre, profesión y cargo del apoyo a la Salud (técnico y/o Auxiliar) que realizó la verificación: Melba Quintero

C.C.: 1.070.584.219 de GIRARDOT

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATO

NOMBRE:	MELBA QUINTERO
CARGO:	ENFERMERA
FIRMA	

C.C. 41743374 Bogotá

270

CUENTA DE COBRO 8 2021
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD
CENTRO ORIENTE E.S.E.
Nit.900.959.051-7

DEBE A:

EMILSE ROSSIO MUÑOZ OVIEDO
C.C. 1070584219 de girardot

LA SUMA DE:

CUATRO MILLONES QUINIENTOS NOVENTA MIL PESOS MCT ($ 4590000)

Por concepto de:

- Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato PS 4484 2021 correspondiente al mes de OCTUBRE de 2021.

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS DE ACUERDO A SU PERFIL ACADÉMICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES ENFERMERA, CON DISPONIBILIDAD DE CUMPLIMIENTO DE LA MISIÓN Y LA VISIÓN DE LA SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

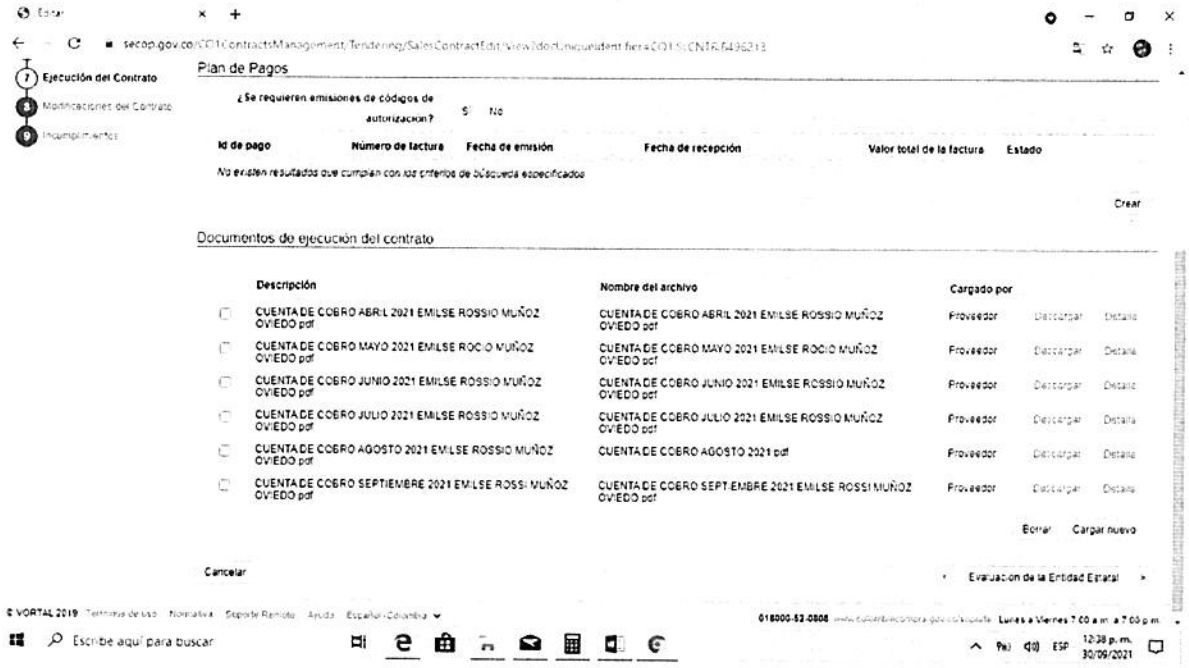
Cordialmente

EMILSE ROSSIO MUÑOZ OVIEDO
C.C. 1070584219 de
Teléfono: 3013810883
No Cuenta Bancaria: 65969334563 AHORROS BANCOLOMBIA

Fecha: 31 DE OCTUBRE 2021

180

PANTALLAZO SECOP II SEPTIEMBRE 2021



Ejecución del Contrato
Modificaciones del Contrato
Incumplimientos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Si No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	CUENTA DE COBRO ABRIL 2021 EMILSE ROSSIO MUÑOZ OVIEDO pdf	CUENTA DE COBRO ABRIL 2021 EMILSE ROSSIO MUÑOZ OVIEDO pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO MAYO 2021 EMILSE ROCIO MUÑOZ OVIEDO pdf	CUENTA DE COBRO MAYO 2021 EMILSE ROCIO MUÑOZ OVIEDO pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO JUNIO 2021 EMILSE ROSSIO MUÑOZ OVIEDO pdf	CUENTA DE COBRO JUNIO 2021 EMILSE ROSSIO MUÑOZ OVIEDO pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO JULIO 2021 EMILSE ROSSIO MUÑOZ OVIEDO pdf	CUENTA DE COBRO JULIO 2021 EMILSE ROSSIO MUÑOZ OVIEDO pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO AGOSTO 2021 EMILSE ROSSIO MUÑOZ OVIEDO pdf	CUENTA DE COBRO AGOSTO 2021 pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2021 EMILSE ROSSI MUÑOZ OVIEDO pdf	CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2021 EMILSE ROSSI MUÑOZ OVIEDO pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

Evaluación de la Entidad Estatal

© VORTAL 2019 Términos de Uso Normativa Soporte Remoto Ayuda Español (Colombia)

018000-52-0808 Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.

Escribe aquí para buscar

ESP 12:38 p.m. 30/09/2021

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1070584219	EMILSE ROSSIO MUÑOZ OVIEDO	CRA 27 #1B-24	0000000	rossio_1986@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2021-09	2021-09	I	04/10/2021	53745198	TOTAL A PAGAR	
					$378.800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD												
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	153.000	0		0		0	0	0	0	153.000	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	195.900	0	0	0	0	0	0		195.900	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	29.900				29.900	0	0	29.900			299	29.900	1

TOTALES CAJAS						
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	153.000	153.000
Pensión	1	195.900	195.900
Riesgos Laborales	1	29.900	29.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	378.800	378.800

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1070584219	EMILSE ROSSIO MUÑOZ OVIEDO		CRA 27 #1B-24	0000000	rossio_1986@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2021-09	2021-09	I	04/10/2021	53745198	$378.800	

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	IRG	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC	1070584219	MUÑOZ OVIEDO EMILSE ROSSIO	57	0			N																	25-14	1.224.000	195.900	0	0	0	0	EPS005	1.224.000	153.000	14-11	1.224.000	3	29.900		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información