192 h

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTIÓN 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:	PS 3555 2021	C.D.P. No.:	305	Proceso al que pertenece:	PROCESO ASISTENCIAL/ENFERMERIA
				Unidad a la que pertenece:	UNIDAD CAPS PERSEVERANCIA
Nombre del Contratista:	KATHERIN DANIELA MURCIA CANO			C.C. 1.032.496.932	de: BOGOTA DC
Fecha Inicio:	2021-02-10	Fecha Terminación incial:	31-03-2021	Valor Mensual: $ 3.264.000	Valor a cobrar: $ 3.264.000

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 4.590.000	792	2021-04-01	2021-04-30
2	$ 6.120.000	1224	2021-05-01	2021-06-15
3	$ 8.160.000	1777	2021-06-16	2021-08-15
4	$ 4.080.000	2396	2021-08-16	2021-09-15
5	$ 2.040.000	2839	2021-09-16	2021-09-30
6	$ 353.000	3253	2021-10-01	2021-10-31
7	$ 3.774.000	3453	2021-11-01	2021-11-30
8				
9				
10				
11				
12				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	FEBRERO	$ 3.672.000	$ 454.500	48679510
2	MARZO	$ 3.825.000	$ 479.700	49198605
3	ABRIL	$ 3.162.000	$ 400.700	49822242-50042281
4	MAYO	$ 3.366.000	$ 416.600	50574144
5	JUNIO	$ 3.162.000	$ 391.400	51064982
6	JULIO	$ 3.264.000	$ 404.000	51758557
7	AGOSTO	$ 3.366.000	$ 416.600	52464319
8	SEPTIEMBRE	$ 3.060.000	$ 378.800	53171716
9	OCTUBRE	$ 3.264.000	$ 404.000	53776034
10	NOVIEMBRE	$ 3.264.000	$ 404.000	54532649
11				
12				

Resumen de contrato	VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
	$ 7.548.000	$ 36.665.000	$ 33.405.000	$ 3.260.000

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 AUTONOMA, EN SU CONDICIÓN DE TÉCNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERÍA, PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIAL EN LOS PROCESOS DE GESTIÓN HOSPITALARIA, URGENCIAS Y QUIRURGICOS, CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD E.S.E.

Relación de actividades para el periodo: Desde: 2021-11-01 Hasta: 2021-11-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCION DEL DESARROLLO	
		ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUTO O EVIDENCIA
1	Identificar las infecciones asociadas a la atencion en salud	Informar la evolucion clinica, las actividades realizadas y las pendientes, el estado de los equipos, el nivel de existencias de insumos, el inventario del servicio y del carro de paro, los traslados, ingresos, relaciones familia-paciente y demas relacionadas, con el fin de proporcionar al turno entrante la informacion necesaria para la continuidad del plan	Se realiza entrega y recibo de turno y se firma libro de entrega de turno .
2	Investigar el tipo de infección, agente etiológico, factores de riesgo para iniciar acciones de control, identificar y emitir alertas epidemiológicas para direccionar médidas de control inmediato, documentación de las acciones.	De acuerdo con la patologia, la evolucion y las ordenes medicas para definir lo que se debe ejecutar.	Se realiza entrega de muestras y ordenes medicas a laboratorio y resultado a medico tratante para definir conducta
3	Participar en la investigación de brotes y efectuar notificación inmediata y obligatoria de infecciones intrahospitalarias en caso de confirmación y ejecución de las intervenciones requeridas.	Distribuir los pacientes y las actividades especificas del servicio que deben desarrollar de acuerdo con el plan de cuidados de cada paciente.	Se realiza plan de enfermeria y de trabajo según cantidad de pacientes en el servicio y disposicion de insumos
4	Velar por el cumplimiento de la normatividad Institucional, local y nacional respecto a IAAS.	Promover la recuperacion del paciente.	Se realiza cumplimiento de ordenes medicas y cuidados especificos del paciente
5	Analizar la información del comportamiento de IAAS junto con Infectología o las especialidades involucradas en el manejo de los casos.	Tener en cuenta las ordenes medicas, la evolusion y los reportes diagnosticos para valorar la evolucion del paciente y garantizar integralidad en el manejo de la informacion.	se realiza plan de enfermeria según necesidad del paciente garantizando la integralidad y recuperacion del mismo
6	Participar en la vigilancia del cumplimiento de los protocolos o guías de procedimientos y normas de bioseguridad..	Dejar constancia cientifica y legal de lo actuado.	Se realiza registro de actividades en formato establecido por la institucion (listas de chequeo)
7	Participar en los procesos capacitación para el personal de la institución.	Consolidar la produccion de la unidad y las especialidades.	Se realiza dialogo continuo en momento de entrega y recibo de turno enfocandose en puntos a fortalezer y retroalimentar especifico
8	Asistir a las reuniones mensuales ordinarias y extraordinarias cuando se necesario	Asistir a las reuniones mensuales ordinarias y extraordinarias cuando sea necesario	Se realiza registro de asistencia en las reuniones en las que se participa.

	ıizar el registro y el envio oportuno de los informes ıicitados por la institucion u otras entidades.	Para el desarrollo y formacion del recurso humano en salud.	se realiza resgistro poportuno de las actividades y entregas de las listas de chequeo.
10	notificar los sucesos de calidad que se presenten en el servicio.	mejoramiento continuo de la calidad de la atencion del paciente	Se realizan actividades promoviendo la calidad en el servicio y promoviendo lectura de protocolos asignados a las actividades.
11	Participar en los analisis a los que sea convocados	Promover procesos de mejoramiento continuo	Se realiza actividades de retroalimentacion de acuerdo a las actividades a mejorar dentro del servicio.
12	Acompañar y observar la implementacion de las acciones de mejora definidas para los diferentes servicios.	Realizar los pedidos con oportunidad y suficiencia,velar por el uso racional de los mismos.	se realiza oportunamiente y se utilizan de acuerdo a las necesidades del servicio y del paciente.
13	participar en la elaboracion y actualizacion de los manuale sde normas procedimientos y protocolos asistenciales del area.	Unificar criterios en el desarollo de las actividades	Se garantiza la lectura oportuna y coherente de los protocolos permitiendo llevar a cabo la
14	Mantener la reserva de la informacion.	Conocer y plantear nuevas alternativas de diagnostico y manejo de los pa	Se realiza plan de cuidado para el paciente con el equipo de trabajo viendolo desde una perspectiva integral,registrando en notas de
15	Informar al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de sus obligaciones.	Velar por el seguimiento de las normas de bioseguridad,salud ocupaciona	Se realiza seguimiento continuo con listas de chequeo y acompañamiento a visitas que realizan a la institucion por parte de los entes encargados.
16	Asistir al comite institucional y tecnico distrital de infecciones intrahospitalarias.		

Observaciones:

Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL.
En caso de tener contrato nuevo se debe anexar también la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro

Daniela Ulc.
Firma del Contratista

C.C. 1.032.496.932 **de** BOGOTA DC

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	LIBIA BUITRAGO
CARGO:	ENFERMERA
FIRMA	

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	1032496932	KATHERIN DANIELA MURCIA CANO	Carrera 80 M # 74 - 23 sur	7822277	danielamurcia090@gmail.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
2021-11	2021-11	I	08/11/2021	54532649	TOTAL A PAGAR	
					$404.000	

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					
EPSC34	Recaudo SGP Capital Salud	900298372-9	163.200	0		0		0	0	0	0	163.200	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	208.900	0	0	0	0	0	0		208.900	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										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	31.900				31.900	0	0	31.900			319	31.900	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	163.200	163.200
Pensión	1	208.900	208.900
Riesgos Laborales	1	31.900	31.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	404.000	404.000

PAGADA

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	1032496932	KATHERIN DANIELA MURCIA CANO	Carrera 80 M # 74 - 23 sur	7822277	danielamurcia090@gmail.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
2021-11	2021-11	I	08/11/2021	54532649	TOTAL A PAGAR	
					$404.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. Exterior	Estudiante	ING	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	1032496932	MURCIA CANO KATHERIN DANIELA	59	0			N																	230201	1.305.600	208.900	0	0	0	0	EPSC34	1.305.600	163.200	14-7	1.305.600	3	31.900		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

CUENTA DE COBRO 011 – 2021

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD
CENTRO ORIENTE E.S. E

NIT90095051-7

DEBE A
KATHERIN DANIELA MURCIA CANO

CC. 1032496932 DE BOGOTÁ

LA SUMA DE

TRES MILLONES DOSCIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL PESOS M/CTE

($ 3.264.000)

POR CONCEPTO DE

Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato PS 3555 2021 correspondiente del mes de NOVIEMBRE del 2021.

OBJETIVO: prestar servicios de acuerdo a su perfil académico para desarrollar actividades de (ENFERMERA), con disponibilidad de cumplimiento de la misión y la visión de la subred integrada de servicios de salud centro oriente E.S.E

Cordialmente.

Daniela M/C.

NOMBRE: KATHERIN DANIELA MURCIA CANO

CC: 1032496932

Teléfono: 3165325182 Dirección: TV 20 1F-71

N. º cuenta: BANCO DAVIVIENDA CUENTA AHORROS N°488408450762

Fecha: 01/11/2021- 30/11/2021