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
VERSION: 02
FECHA: 2020-05-04

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 4453 2021	**C.D.P. No:**	751	**Proceso al que pertenece:**	PROCESO ASISTENCIAL ENFERMERIA
				Unidad a la que pertenece:	SANTA CLARA
Nombre del Contratista:	PAULA GABRIELA MILLAN JIMENEZ			**C.C.**	1.033.817.784 **de:** BOGOTA
Fecha Inicio:	2021-03-22	**Fecha Terminación inicial:**	2021-06-16	**Valor Mensual:**	$ 1.432.080 **Valor a cobrar:** $ 1.432.080

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 3.580.200	1224	2021-03-23	2021-04-30
2	$ 4.957.200	1777	2021-05-15	2021-08-15
3	$ 2.203.200	2396	2021-08-15	2021-09-15
4	$ 1.239.300	2839	2021-09-01	2021-09-30
5	$ 823.446	3253	2021-10-15	2021-10-31
6	$ 2.203.200	4453	2021-10-31	2021-11-30
7				
8				
9				
10				
11				
12				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1				
2		$ 550.800	$ 322.600	1036252298
3	MARZO	$ 1.982.880	$ 299.400	1037046898
4	ABRIL	$ 2.203.200	$ 299.400	8842145810
5	MAYO	$ 1.652.400	$ 299.400	1037754726
6	JUNIO	$ 1.762.560	$ 299.400	1038279070
7	JULIO	$ 2.093.040	$ 299.400	1038994662
8	AGOSTO	$ 1.654.360	$ 299.400	1039549660
9	SEPTIEMBRE	$ 2.093.040	$ 299.400	1040141851
10	OCTUBRE	$ 1.432.080	$ 299.400	1040838440
11	NOVIEMBRE			
12				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 3.139.560	$ 18.146.106	$ 15.624.360	$ 2.521.746

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 TECNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA LA EJECUCION DE ACTIVIDADES ASISTENCIAL EN LOS PROCESOS DE GESTION HOSPITALARIA URGENCIAS Y QUIRURGICOS, CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUB RED 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	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	PRESTAR EL SERVICIO DE CONFORMIDAD CON LA PROGRAMACION DE AGENDA ACORDADA CON EL SUPERVISOR DEL CONTRATO, PARA EL DESARROLLO DE SUS ACTIVIDADES	CUMPLO CON LA PROGRAMACION DE TURNOS ASIGNADA POR MI SUPERVISOR	PLANILLA DE TURNOS EN COORDINACION
2	CONTROLAR LOS SIGNOS VITALES DE CADA UNO DE LOS PACIENTES ASIGNADOS CON LA PERIODICIDAD REQUERIDA SEGÚN ORDEN MEDICA, ORDEN DE ENFERMERIA Y PROTOCOLO INSTITUCIONAL INFORMANDO AL MEDICO Y ENFERMERA LAS	TOMO LOS SIGNOS DE VITALES DE CADA UNO DE MIS PACIENTES ASIGNADOS	REGISTRO DE SIGNOS VITALES EN EL SISTEMA
3	ORIENTAR Y PREPARAR A LOS PACIENTES PARA EXAMENES DIAGNOSTICO DE ACUERDO CON LOS PROTOCOLOS DE MANEJO Y TECNOLOGIA REQUERIDA SEGÚN NORMAS ESTABLECIDAS PARA CADA PROCEDIMIENTO	PREPARO LOS PACIENTES DE ACUERDO A LOS PROTOCOLOS ESTIPULADOS PARA LOS DIFERENTES EXAMENES DE DIAGNOSTICO	REGISTROS EN NOTAS DE ENFERMERIA DIGITAL
4	REALIZAR ACTIVIDADES PROPIAS DEL CUIDADO DE ENFERMERIA PREVINIENDO ACCIONES INSEGURAS EN LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD	SE APLICAN LAS MEDIDAS NECESARIAS PARA PREVENIR LOS EVENTOS ADVERSOS CON BARRERAS DE SEGURIDAD	NOTAS ENFERMERIA Y FORMATO EDUCACION AL PACIENTE
5	NOTIFICAR INMEDIATAMENTE LAS ACCIONES INSEGURAS OCURRIDAS A SUS PACIENTES AL MEDICO DE TURNO , JEFE INMEDIATO Y EN EL SISTEMA DE REPORTE	SE REALIZA NOTIFICACION DE EVENTOS OCURRIDOS, MEDIANTE LAS DIFERENTES MEDIDAS PARA ELLO	NOTAS DE ENFERMERIA, APLICATIVO Y CORREOS INSTITUCIONALES.
6	INFORMAR A A LA ENFERMERA JEFE DEL SERVICIO Y AL MEDICO TRATANTE , SOBRE LOS CAMBIOS DEL ESTADO CLINICO DE LOS PACIENTES EN FORMA OPORTUNA Y ADECUADA	SE INFORMA AL MEDICO Y ENFERMERO TODO CAMBIO EN EL ESTADO CLINICO DE LOS PACIENTES A MI CARGO EN FORMA OPORTUNA.	REGISTROS DE ENFERMERIA
7	REVISAR LA HISTORIA CLINICA DE LOS PACIENTES ASIGNADOS CONOCIENDO SU EVOLUCION DIARIA, TRATAMIENTO, PARA REALIZAR EL PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERIA INTEGRAL DEL PACIENTE	SE REVISA LA HISTORIA CLINICA DE LOS PACIENTES ASIGNADOS REALIZANDO EL PLAN DE CUIDADO DE ACUERDO CON EL ESTADO DE CADA PACIENTE.	NOTAS DE ENFERMERIA DIGITAL.
8	MANTENER LIMPIO Y ORDENADO LA UNIDAD DE LOS PACIENTES ASIGNADOS DURANTE EL TURNO	MANTENGO EN ORDEN LA UNIDAD DE LOS PACIENTES A MI CARGO DURANTE EL TURNO.	REGISTROS DE LIMPIEZA Y DESINFECCION
9	REALIZAR REGISTROS CLINICOS EN FORMA OPORTUNA , DILIGENCIANDO TODAS LAS VARIABLES CORRECTAMENTE Y DANDO CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCION 1995 DE 1999 Y MANTENER ORGANIZADAS LAS HISTORIAS CLINICAS DE ACUERDO AL	REALIZO LOS REGISTROS CLINICOS DE ACUERDO CON LA RESOLUCION 1955/1999	FORMATOS EN FISICO EN ACTIVIDADES DE ENFERMERIA DIGITAL.
10	CUMPLIR LAS NORMAS INSTITUCIONALES DE BIOSEGURIDAD,VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA,GESTION AMBIENTAL, SALUD OCUPACIONAL Y DEMAS POLITICAS INSTITUCIONALES	CUMPLO CON LAS NORMAS INSTITUCIONALES DE BIOSEGURIDAD EPIDEMIOLOGICA	FORMATOS INSTITUCIONALES Y NOTAS DE ENFERMERIA DIGITAL.
11	RESPONDER POR LOS INVENTARIOS , CONSERVACION Y USO ADECUADO DE LOS EQUIPOS, ELEMENTOS E INSUMOS, AL IGUAL QUE EL CUIDADO DE LA INFRAESTRUCTURA DEL SERVICIO Y/O AREA DONDE SE ENCUENTRE	REALIZO LA CUSTODIA Y CUIDADO DE LOS EQUIPOS MEDICOS, INSUMOS DEL SERVICIO ASIGNADO.	LIBROS DE REGISTROS DE INVENTARIOS, FORMATOS INSTITUCIONALES O CARPETAS
12	CUMPLIR CON LOS PROCESOS, PROCEDIMIENTOS,GUIAS Y DEMAS NORMAS DEFINIDAS POR LA ENTIDAD, DE CONFORMIDAD CON EL OBJETO DEL CONTRATO.	NOTIFICO OPORTUNAMENTE LOS EVENTOS OCURRIDOS MEDIANTE LAS NORMAS DEFINIDAS POR LA ENTIDAD.	REGISTROS DE ENFERMERIA O APLICATIVO
13	ASISTIR A REUNIONES Y CAPACITACIONES PROGRAMADAS POR LA ENTIDAD.	ASISTO A REUNIONES DEL GRUPO FUNCIONAL Y CAPACITACIONES PROGRAMADAS POR LA INSTITUCIONAL	FIRMAS EN LISTADO DE ASISTENCIA
14	REALIZAR LA DESINFECCION DE MANERA OPORTUNA DE LA UNIDAD DEL PACIENTE DE ACUERDO A LOS PROTOCOLOS INSTITUCIONALES	CUMPLO CON LA DESINFECCIÓN OPORTUNA DE LAS CAMAS LIBRES PARA APORTAR CON EL GIRO CAMA.	FORMATO DE LIMPIEZA Y DESINFECCION
15	REALIZAR LA TOMA OPORTUNA DE LAS MUESTRAS DE LABORATORIO QUE REQUIERAN LOS PACIENTES CON EL FIN DE AGILIZAR EL TRATAMIENTO.	REALIZO OPORTUNAMENTE LAS TOMAS DE MUESTRAS DE LABORATORIO PARA AGILIZAR EL DIAGNOSTICO DEL PACIENTE	NOTAS DE ENFERMERIA DIGITAL Y LIBRO DE REGISTRO LABORATORIO CLINICO.
16	ASISTIR EN LA ALIMENTACION A LOS PACIENTES ASIGNADOS CONSERVANDO LAS PRECAUCIONES ESTABLECIDAS SEGUN EL CASO.	ASISTO EN LAS NECESIDADES ALIMENTARIAS A LOS PACIENTES ASIGNADOS QUE ASI LO REQUIERAN.	NOTAS DE ENFERMERIA DIGITAL.
17	REALIZAR EL CONTROL DE LIQUIDOS ADMINISTRADOS Y ELIMINADOS REGISTRANDO EN FORMA OPORTUNA Y ADECUADA LOS RESULTADOS DE ACUERDO AL PROTOCOLO INSTITUCIONAL.	APLICO EL PROTOCOLO EN CUANTO A CONTROL OPORTUNO DE LIQUIDOS ADMINISTRADOS Y ELIMINADOS	NOTAS DE ENFERMERIA DIGITAL Y FORMATO FISICO DE REGISTRO DE LIQUIDOS.
18	PORTAR EL UNIFORME TENIENDO EN CUENTA LAS NORMAS DE HIGIENE Y BIOSEGURIDAD DE LA SUBRED.	PORTO MI UNIFORME DE UNA MANERA ADECUADA Y CON LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD REQUERIDAS.	EVIDENCIA DE LAS JEFES Y COORDINADORES DEL SERVICIO.
19	OFRECER TRATO CON CALIDEZ Y CALIDAD AL PACIENTE Y LA FAMILIA , DANDO UNA ATENCION HUMANIZADA , CONSERVANDO EL RESPETO POR LA DIGNIDAD HUMANA.	BRINDO ATENCIÓN CON CALIDEZ Y HUMANIZACION TANTO A PACIENTES COMO FAMILIARES.	FORMATO DE EDUCACION FORMADO A SATISFACCION
20	IMPARTIR EDUCACION AL PACIENTE Y A LA FAMILIA SOBRE LOS CUIDADOS ESPECIFICOS A TENER EN CASA DE ACUERDO A LA SITUACION CLINICA DEL PACIENTE	IMPARTO EDUCACION AL PACIENTE Y SU FAMILIA DE ACUERDO A LA PATOLOGIA DE BASE Y CUIDADOS REQUERIDOS.	FORMATO DE EDUCACION Y REGISTROS DE ENFERMERIA DIGITAL.
21	MANTENER LA RESERVA DE LA INFORMACION CLINICA Y PERSONAL DE LOS PACIENTES.	MANEJO LA CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACION DE CADA UNO DE MIS PACIENTES.	NOTAS DE ENFERMERIA DIGITAL.
22	EJERCER LAS ACTIVIDADES PROPIAS DE LA FORMACION TECNICA DE CONFORMACION CON LAS NORMAS Y/O REGLAMENTOS DE ACUERDO AL OBJETO CONTRAACTUAL Y LAS NECESIDADES DEL SERVICIO, CONTENIDAS EN EL	CUMPLO CON LAS NORMAS Y PROTOCOLOS INSTITUCIONALES DE FORMA INTEGRAL DE ACUERDO A LAS NECESIDADES DEL SERVICIO.	LISTA DE TURNOS Y REGISTROS DE LA COORDINACION DE ENFERMERIA.

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

Gabriela Millan
Firma del Contratista

C.C. 1.033.817.784 de BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS

NOMBRE:	
CARGO:	ENFERMERA
FIRMA	

Paula P. Clavijo
C.C. No. 52.401.204 Bta
Enfermera AUX

CUENTA DE COBRO # 9 DEL 2021
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD
CENTRO ORIENTE E.S.E.
Nit.900.959.051-7

DEBE A:

Paula Gabriela Millán Jiménez
C.C. 1033817784 de Bogotá

LA SUMA DE:

Un millón cuatrocientos treinta y dos ochenta pesos
($ 1'432.080)

Por concepto de:

- Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato **PS 4453 2021** correspondiente al mes de **NOVIEMBRE** de 2021.

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS DE ACUERDO A SU PERFIL ACADÉMICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES **DE AUXILIAR DE ENFERMERIA**, 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

NOMBRE: Paula Gabriela Millán Jiménez
C.C. 1033817784
Teléfono: 3002684988
No Cuenta Bancaria: 0080 9057 4859 banco Davivienda

Fecha: 30 DE NOVIEMBRE 2021

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2021-11-12, 11:13:09 AM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1040838440 **Referencia pago(PIN)** 8842145810

Periodo Cotización 202110 **Periodo Servicio** 202110

Cliente:

PAGADA 2021-11-09

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	PAULA GABRIELA MILLAN JIMENEZ				
Documento	CC 1033817784	**Dirección**	CALLE 51 B N 33-38 SUR		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3887284		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1033817784		Residente		Exonerado	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	59	00					MILLAN JIMENEZ PAULA GABRIELA	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																					Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud							Riesgos						Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	30	30			$ 908.526	25-14		16 %	$ 908.526	$ 145.400	$ 0	$ 0	EPS017		12.5 %	$ 908.526	$ 113.600	$ 0	14-7	3	2.436 %	$ 908.526	$ 22.200	CCF22	2 %	$ 908.526	$ 18.200	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
COLPENSIONES	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	FAMISANAR EPS	SEGUROS BOLIVAR	COLSUBSIDIO	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 145.400	$ 0	$ 0	$ 113.600	$ 22.200	$ 18.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 299.400