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 2939 2021	**C.D.P. No.:**	302	**Proceso al que pertenece:**	QUIRURGICOS
				Unidad a la que pertenece:	VICTORIA
Nombre del Contratista:	EDITH JOHANNA CHINGATE			**C.C.** 52.490 617	**de:** BOGOTA
Fecha Inicio:	2021-02-04	**Fecha Terminación incial:**	2021-03-31	**Valor Mensual:**	**Valor a cobrar:** $ 4 573 000

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 3 876 000	902	2021-03-31	2021-04-30
2	$ 6 885 000	1220	2021-04-30	2021-06-15
3	$ 8.364 000	1759	2021-06-15	2021-08-15
4	$ 1 275 000	2480	2021-08-15	2021-09-15
5	$ 3 400 000	2835	2021-09-15	2021-09-30
6	$ 2 295 000	3071	2021-09-30	2021-10-15
7	$ 1 981 000	3257	2021-10-15	2021-10-31
8	$ 4 590 000	3474	2021-10-31	2021-11-30
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	FEBRERO 2021	$ 3.876.000	$ 442 300	894391117
2	MARZO 2021	$ 4.488.000	$ 441.900	922819738
3	ABRIL 2021	$ 4.590.000	$ 511 700	954782474
4	MAYO 2021	$ 3 876 000	$ 523 300	980592722
5	JUNIO 2021	$ 4 182 000	$ 441 900	1017098244
6	JULIO 2021	$ 3 978.000	$ 465 200	1057539444
7	AGOSTO 2021	$ 3.808 000	$ 418 700	1089667226
8	SEPTIEMBRE 21	$ 3.876.000	$ 453 500	1121801209
9	OCTUBRE 2021	$ 4,573.000	$ 523.300	1162590314- 1173543087
10	NOVIEMBRE 21	$ 4.573.000	$ 521 400	1199867674
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 9.180.000	$ 41.846.000	$ 41.820.000	$ 26.000

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES DE MANERA PERSONAL Y AUTONOMA, EN SU CALIDAD DE INSTRUMENTADOR QUIRURGICO, PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES Y DEMÁS ASIGNADAS, EN LOS DIFERENTES SERVICIOS Y EN LAS UNIDADES QUE SE REQUIERA, CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

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

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Realizar las actividades, procedimientos e intervenciones en sala de cirugia para el manejo de patologias establecidos dentro del plan integral de cada paciente.	Realize asistencia quirurgica y manejo de equipos para procedimientos de baja, mediana, alta complejidadn de todas las especialidades deacuerdo a las necesidades de los pacientes, vigilando y garantizado el cumplimiento de las normas de asepsia, antisepsia y bioseguridad dentro del marco de las politicas la seguridad del paciente y cirugia segura	Historia clinica en dinamica
2	Velar por la esterilización del instrumental y equipos utilizados en salas de cirugia,durante el procedimiento informar del conteo de compresas o gasas, según el caso para su verificación al final del mismo. Entregar el instrumental en la central de esterilización, junto con otros elementos utilizados durante el procedimiento, como lápices de electro bisturi, portalámparas, etc.	Revise y avale los indicadores de esterilizacion del material e instrumental quirugico utilizado para los diferentes procedimientos de las especialidades quirurgicas	formato de verificacion de seguridad quirurgica el las historias clinicas fisicas de los pacientes
3	Cumplir con las exigencias legales y eticas para el adecuado manejo de la historia clinica de los pacientes	Garantize y controle el cumplimiento de los protocolos de bioseguridad ,en los tres tiempos quirurgicos,asi como el recuento del material	formato de verificacion de seguridad quirurgica el las historias clinicas fisicas de los pacientes, hoja de recuento y lista de chequeo
4	Llevar registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadisticos definidos por la normatividad vigente y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación	La prestacion de mis servicios respetan la autonomia institucional de la SUBRED, su vision, misión, estructura orgánica reglamentos administrativos, tecnicos, cientificos y disciplinarios, acogiendo las directrices institucionales	protocolos y directrices de la subred centrooriente los cuales consulto en almera aplicandolos al ejercicio de mi profesion
5	Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente	Realice la entrtega del material quirurgico a la central de esterilizacion,con la responsabilidad de cuidar y mantener su buen uso	libro de entrega y recibo de material ubicado en la central de sterilizacion
6	Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente	realice la cuentas de cobro de los materiales utilizados para osteosisntesis en las cirugias de ortopedia	hojas de gastos que reposan en facturacion y en la central de esterilizacion
7	Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente	Realice las listas de chequeo verificando el instrumental y demas equipo biomedico de las cirugias programadas	carpeta de lista de chequeo que reposa en salas de cirugia
8	Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad	disposicion de participar en la programacion de actividades del servicio	programacion de turmos de medicina interna
9	Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad	Cumpli con la programacion de turnos de servicios, si realize el cambio de turno cumpli con las directrices establecidas por la institución, en los casos de novedades informo con anticipación para la toma de medidas preventivas	libro de cambio de turnos,libro de novedades de pago el cual reposa en la oficina de referrte de hospitalizacion y cirugia

Escaneado con CamSc

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

10	Emitir conceptos que se le requieran de conformidad con sus actividades profesionales	participe en las capacitaciones y demas actividades como verificaciones de adherencia a protocolos institucionales	firma en las listas de participacion que cada referente de area posee
11	Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantia de la Calidad según requerimientos de la normatividad vigente.	Informe al paciente y su familia sobre la condicion clinica, plan de manejo, atención y recomendaciones de egreso, conocer el grado de satisfacción sobre los servicios prestados y resolver inquietudes relacionadas con el proceso de atención	registro de la informacion queda soportada en Dinamica
12	Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	Garantize la integridad y adecuado funcionamiento de los equipos, elementos e instalaciones, asi como la utilización racional de los recursos que la Subred aporte al desarrollo de las actividades contratadas y responder por su reposicion o reparación cuando los daños se ocasionen por negligencia o inadecuada manipulacion de los mismo	No se presentaron sucesos por manipulacion inadecuada de equipos
13	Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos, guias, manuales, protocolos y demas establecidos por la Entidad, además de apoyar la implementación de los mismos en especial durante la pandemia por COVID 19	Notifique los sucesos de seguridad que se presentaron durante el proceso de atención, participó en los análisis a los que fue convocado e implementó las acciones de mejora definidas para el servicio	aplicativo de reporte se sucesos de seguridad de la pagina de la subred
14	Mantener la reserva de la informacion a la cual tiene acceso en ocasión a sus actividades.	Acreditó el cumplimiento del pago de los aportes al sistema de seguridad social y parafiscal durante la vigencia del contrato, requisito indispensable para generar cada pago a su favor, anexando la planilla de pago del personal vinculado para la ejecución del contrato los aportes	planilla de aportes
15	Informar al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de sus obligaciones,portar el carnet institucional y realizar el pago oportuno del pago de los aportes al sistema de seguridad social y parafiscal durante la vigencia del contrato, requisito indispensable para generar cada pago a su favor, anexando la planilla de pago del personal vinculado para la ejecución del contrato los aportes al sistema integral de seguridad social en salud deberán comprender salud, pensión y riesgos en salud.		
16	Velar porque la atención sea humana, eficaz, cálida con todos y cada uno de los usuarios que requieran el servicio.		
17	Solicitar a la central de esterilización el instrumental requerido para los procedimientos quirúrgicos que le sean asignados.		
18	Verificar que las suturas despachadas por Farmacia correspondan a las necesarias para el procedimiento quirúrgico. En el caso de una urgencia, hacer la solicitud respectiva, la cual debe llevar la firma del jefe de turno.		
19	Antes de empezar cada procedimiento revisar el contenido de cada equipo y el estado del mismo. En caso de encontrar algún faltante o elemento en mal estado informar inmediatamente a la Central de Esterilización, por medio del circulante de Enfermería, conservando el rótulo proveniente de la Central.		

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

Firma del Contratista

C.C.	52.490.617	de	BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	MAURICIO GARZON GRANADOS
CARGO:	LIDER UMHES VICTORIA
FIRMA	

Escaneado con CamSc

Estamos actualizando el diseño de miplanilla.com. Prueba nuestra nueva versión. Quiero Probar

compensar | miplanilla.com

Planillas / Resumen de pago

Información básica de la planilla

Empresa:	EDITH JOHANNA CHINGATE MEDINA	**Nit:**	52490617
Tipo planilla:	I	**Periodo liquidación Pensiones**	Noviembre 2021
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	Noviembre 2021
Número de radicación:	54644719	**Total a pagar:**	$521,400
Fecha de vencimiento:	06/12/2021	**Total de empleados:**	1
Fecha de pago:	11/11/2021	**Número de administradoras:**	2

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	**Nit recaudo:**	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	**Medio de pago:**	Pago Electronico por PSE
Banco:	BANCO DE BOGOTA	**Número de aprobación:**	1199867674
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Totales

Código	NIT	Administradoras	No. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total pagado
230201	800229739	Proteccion (ING + Proteccion)	1		$0.00	$292,700
EPS008	860066942	Compensar EPS	1		$0.00	$228,700
						$521,400

Si descuento incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos

»Ver planillas pagadas

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

Exportar reporte a Excel Exportar reporte a PDF

Imprimir transacción

https://www.miplanilla.com/
Todos los derechos reservados © 2021 Compensar - Cenet S.A.

compensar | miplanilla.com Comfenalco Valle delagente certicamara. Acerca de los certificados SSL icontec icontec

Cenet Edinet

Escaneado con CamSc

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NUMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52490617	EDITH JOHANNA CHINGATE MEDINA	Cr 71 No 65-27 Apto 302	6048836	johachin14@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
UNICA	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: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2021-11	2021-11	I		54644719	$521.400

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	228.700	0		0		0	0	0	0	228.700	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	292.700	0	0	0	0	0	0		292.700	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										

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	228.700	228.700
Pensión	1	292.700	292.700
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	521.400	521.400

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

Escaneado con CamSc

Cuenta de cobro 011 - 2021

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

Nit. 900.959.051-7

DEBE A:

EDITH JOHANNA CHINGATE MEDINA

C.C. 52490617

LA SUMA DE:

(cuatro millones quinientos setenta y tres mil) $ 4.573.000

Por concepto de:

- Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No PS 2939 de 2021 correspondiente del 1 al 30 de noviembre de 2021

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS DE ACUERDO A SU PERFIL ACADÉMICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADE (INSTRUMENTADOR QUIRURGICO), CON DISPONIBILIDAD EN CUMPLIMIENTO DE LA MISIÓN Y LA VISIÓN DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Cordialmente,

EDITH JOHANNA CHINGATE MEDINA
C.C. 52490617
Teléfono: 3004500928
No Cuenta ahorros 380116087 Banco de Bogotá

Fecha: 31/noviembre /2021

Escaneado con CamSc