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 7509 2021 | C.D.P. No.: | 3114 | Proceso al que pertenece: | CONVENIO INTERADMINISTRATIVO 2808992 - "APH" |
| | | | | Unidad a la que pertenece: | UMHES SAN BLAS |

Nombre del Contratista: YENIFER MARITZA MUÑOZ MONTAÑO C.C. 52.938.613 de: BOGOTA

Fecha Inicio: 2021-10-01 Fecha Terminación incial: 2021-10-31 Valor Mensual: $ 1.879.092 Valor a cobrar: $ 363.852

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | $ 970.272 | 3498 | 1/11/2021 | 15/11/2021 |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 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 | OCTUBRE | $ 1.819.260 | $ 0 | 0 |
| 2 | NOVIEMBRE | $ 363.852 | $ 259.000 | 8867610490 |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |

Resumen de contrato

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 1.879.902 | $ 2.850.174 | $ 2.183.112 | $ 667.062 |

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

**OBJETO DEL CONTRATO**

**PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR ENFERMERÍA II DE APOYO A LA GESTIÓN PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E CONVENIO 2808992-2021 "APH"**

Relación de actividades para el periodo: Desde: 2021-11-01 Hasta: 2021-11-15

| | OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta) | DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO | |
|---|---|---|---|
| | | ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
| 1 | Estar presente en el momento de entregar y recibir turno registrando las novedades correspondientes. | Estuve presente en el momento de entregar y recibir turno registrando las novedades correspondientes. | Se realiza diligenciamiento de bitácora de entrega y recepción de turno |
| 2 | Participar en la actualización documental del servicio. | Participe en la actualización documental del servicio. | Por medio de link diligenciamiento de información |
| 3 | Garantizar que los tiempos asignados para las desinfecciones terminales y rutinarias de los vehículos de emergencia | Garantice el cumplimiento de los tiempos asignados para las desinfección terminal y rutinaria de los vehículos de emergencia. | Informando a la central el inicio y el final de los tiempos de desinfección |
| 4 | Garantizar que la entrega de los insumos no exceda los tiempos autorizados por el CRUE | Garantice que la entrega de los insumos no excediera los tiempos autorizados por el CRUE. | reportando al CRUE de dicha terminación de tiempos. |
| 5 | Verificar el alistamiento de los vehículos de emergencias previo a verificación por el CRUE | Verifique el alistamiento de los vehículos de emergencias previo a verificación por el CRUE | Inventario de existencia de insumos |
| 6 | Desarrollar las actividades programadas, en los horarios asignados, según cronogramas establecidos por la Unidad Funcional de APH Centro Oriente sin que estas superen las 12 horas continuas | Desarrolle las actividades programadas, en los horarios asignados, según cronogramas establecidos por la Unidad Funcional de APH Centro Oriente sin que estas superen las 12 horas continuas. | Reportado en bitácoras, medios virtuales el inicio de turno |
| 7 | Portar de manera decorosa las prendas institucionales acorde a lo establecido en el manual de imagen del CRUE junto con el carnet que lo acredita como colaborador de la Subred Centro Oriente E.S.E. | Porte de manera decorosa las prendas institucionales acorde a lo establecido en el manual de imagen del CRUE junto con el carnet que me acredita como colaborador de la Subred Centro Oriente E.S.E. | Se porta de manera decorosa camiseta, chaqueta, pantalón |
| 8 | Cumplimiento de lo contemplado en el manual de bioseguridad | Cumplí lo contemplado en el manual de bioseguridad. | Uso constantemente de bioseguridad requerida según sea el incidente |
| 9 | Aplicación de listas de chequeo para monitorización y seguridad del paciente en cuanto los protocolos de limpieza y desinfección de los vehículos de emergencia | Aplique las listas de chequeo para monitorización y seguridad del paciente en cuanto los protocolos de limpieza y desinfección de los vehículos de emergencia. | Realice limpieza terminal y rutinaria según sea el caso |
| 10 | Informe y registro oportuno de datos críticos. | Informe y registre oportunamente datos críticos. | Hice uso de protocolo "paciente inestable" para realizar pronta intervención y direccionamiento |
| 11 | Reporte y registro de sucesos de seguridad | Reporte y registre los sucesos de seguridad. | se activa protocolo de sucesos de con jefe inmediato, ARL si se requiere y personal competente |
| 12 | Adoptar los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requieran para cabal el cumplimiento de las actividades | Adopte los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requirieron para cabal el cumplimiento de las actividades. | Se porta de manera decorosa camiseta, chaqueta, pantalón |
| 13 | Trato digno y humanizado tanto al cliente interno como externo | Trate digna y humanizadamente al cliente interno como externo. | Correcto diligenciamiento de documentación, , e historia clínica, tomando con el tiempo correspondiente para una buena atención respetuosa y empatica. |
| 14 | Cumplir con las disposiciones respectivas de seguridad del paciente, confidencialidad de la información que maneja de acuerdo al desarrollo de las actividades | Cumplí con las disposiciones respectivas de seguridad del paciente, confidencialidad de la información que manejo de acuerdo al desarrollo de mis actividades | Se diligencio consentimiento informado para la realización y abordaje de la atencion, esto contemplado a la historia clinica. |
| 15 | Garantizar la entrega y custodia de los equipos biomédicos al área respectiva cuando los vehículos son direccionados al taller y o aseguradora | Garantice la entrega y custodia de los equipos biomédicos al área respectiva cuando los vehículos fueron direccionados al taller y o aseguradora. | Al momento de la entrega de insumos biomedicos se diligencio personalmente documentacion, hoja de vida de cada biomedicos y la verificacion de su funcionamiento |
| 16 | Aplicar las políticas de calidad de la institución participando activamente en los procesos del sistema de gestión de calidad institucional | Aplique las políticas de calidad de la institución participando activamente en los procesos del sistema de gestión de calidad institucional. | Asisti a los requerimientos del personal para ser capacitado |
| 17 | Asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el referente y o la institución | Asista a las reuniones y capacitaciones programadas por el referente y o la institución. | Diligencio planillas de asistencia, pretest y postest |
| 18 | Controlar el adecuado uso de los elementos de protección personal y bioseguridad | Controle el adecuado uso de los elementos de protección personal y bioseguridad. | Optimice los recursoS de quirnicidal, quirnger quinentrin suprapel entre otros |
| 19 | Tramitar mensualmente dentro de los tiempos establecidos por la Subred Centro Oriente los formatos de "formato informe y cuenta de cobro", "certificado de pago de aportes sociales", "formato en word de cuenta de cobro", para el pago de sus respectivos honorarios. | Tramité en los tiempos establecidos por la Subred Centro Oriente los formatos de "formato informe y cuenta de cobro", "certificado de pago de aportes sociales", "formato en word de cuenta de cobro", para el pago de sus respectivos honorarios. | Personalmente entregue cuenta de cobro al personal administrativo encargado |
| 20 | Las demás actividades asignadas por el supervisor y que sean inherentes con el objeto del contrato | Cumplí las demás actividades asignadas por la autoridad competente de acuerdo con el nivel naturaleza y área de desempeño del contrato contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato. | Para realizar las actividades me presente a disposición a la subred centro oriente en sucuencia de turnos y días asignados Para realizar a satisfacción las exigencias |
| 21 | Actividades desarrolladas dentro de la ejecución del convenio 2808992 - 2021 "APH". | Cumplí las demás actividades dentro de la ejecución del convenio 2808992 - 2021 "APH" | No presenté inasistencia en el cuadro de turno durante el tiempo de contrato. |

Observaciones:

Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL.

Firma del Contratista

C.C. 52.938.613 de BOGOTA

**VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS**

| | |
|---|---|
| NOMBRE: | MARIA ANGELINA QUIÑONES SANDOVAL |
| CARGO: | Directora de Urgencias |
| FIRMA | |

**CUENTA DE COBRO No. 2**

**FECHA 15/11/2021**

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD**
**CENTRO ORIENTE E.S.E.**
**Nit. 900.959.051.7**

**DEBE A:**

**YENIFER MARITZA MUÑOZ MONTAÑO**
**C.C. 52938613**

**LA SUMA DE**

**Trescientos sesenta y tres mil ochocientos cincuenta y dos PESOS**

**($ 363.852)**

Por concepto de **36 HORAS**, Honorarios por Prestación de Servicios en cumplimiento del Contrato No. **PS 7509 2021,** con afiliación a **ARL RIESGO 4** correspondiente al mes de **NOVIEMBRE DE 2021**.

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS DE ACUERDO A SU PERFIL ACADEMICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES COMO **AUXILIAR DE ENFERMERIA**, CON DISPONIBILIDAD EN CUMPLIMIENTO DE LA MISION Y LA VISION DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Cordialmente

YENIFER MARITZA MUÑOZ MONTAÑO
**C.C. No. 52938613**
**Teléfono: 3144038460 DIRECCION CRA 13 50A 31SUR**
**N° CUENTA:055000660069844O CUENTA DE AHORROS DAVIVIENDA**

# PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

**Fecha creación reporte** 2021-11-05, 03:10:38 PM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1041524972 **Referencia pago(PIN)** 8867610490

**Periodo Cotización** 202110 **Periodo Servicio** 202110

**Cliente:**

## PAGADA 2021-11-05

### DEL APORTANTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| cial | YENIFER MARTIZA MUNOZ MONTANO | | | | |
| o | CC 52938613 | **Dirección** | CL 53 SUR #8 A - 15 | | |
| mpresa | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 504 | | |
| ona | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO | **Total Afiliados** | 1 |
| | BOGOTA D.C. | **Departamento** | BOGOTA D.C. | | |
| ante Legal | | **Identificación** | | | |

### DEL AFILIADO

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| o | CC 52938613 | | Residente | | Exonerado | N | **Apellidos y Nombres** | **Código Ciudad - Departamento** | **Centro de Trabajo** | **Ubicación Laboral** |
| nte | 03 | 00 | | | | | MUÑOZ MONTAÑO YENIFER MARITZA | 11001000 - 11 | | BOGOTA D.C. |

### E POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

| Novedades | | | | | | | | | | | | | | | Extranjero | Tipo salario | Salario | Pensión | | | | | | Salud | | | | | | Riesgos | | | | | Caja | | | | Parafiscales | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 | 0 | 0 | | | | | 230301 | | 16 % | $ 908.526 | $ 145.400 | $ 0 | $ 0 | EPS002 | | 12,5 % | $ 908.526 | $ 113.600 | $ 0 | NIN-AR | | 0,000 % | $ 0 | $ 0 | NIN-CC | 0 % | $ 0 | $ 0 | 0 % | $ 0 | 0 % | $ 0 |

### S

| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NIR | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | SALUD TOTAL EPS | NINGUNA ARP | NINGUNA CCF | SENA | ICBF | ESAP | MEN | |
| 00 | $ 0 | $ 0 | $ 113.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 259.000 |



vicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 -
¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!