Cuenta de cobro No.__007__ 2021

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD
CENTRO ORIENTE E.S.E
NIT.900.959.051.7

DEBE A:

Nombre: CRISTIAN FABIAN DURAN BOLIVAR

C.C. 1031148954 de Bogotá

La suma de: dos millones novecientos cincuenta y ocho mil PESOS M/CTE ($2.958.000)

Por concepto de:

- prestación de servicios de acuerdo a su perfil académico para desarrollar actividades, en cumplimiento del contrato del contrato No° PS_5931_2021

OBJETO: Prestar servicios de acuerdo a su perfil académico para desarrollar las actividades como enfermero, con disponibilidad en cumplimiento de la misión y visión de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Cordialmente,

CRISTIAN DURAN

CRISTIAN FABIAN DURAN BOLIVAR
C.C. No° 1031148954 de Bogotá
Teléfono: 3213209382
Dirección: Diagonal 40 No° 26-84 sur
No° cuenta bancaria banco de Bogotá ahorros No°270122054
Correspondiente al mes del 01 al 30 de Noviembre del 2021.

Scanned by TapScanner

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 GESTION DE PERSONAL Y ABASTECIMIENTO
FIRMA Y LIQUIDADOR Y CUENTA DE COBRO

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

I. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	[illegible]	**C.D.P. No.:**	747	**Proceso al que pertenece:**	PRESTACION ASISTENCIAL HOSPITALARIA
				Unidad a la que pertenece:	UNIDAD SANTA CLARA
Nombre del Contratista:	CRISTIAN FABIAN URBAN BOLIVAR			**C.C.**	1.031.149.934
Fecha Inicio:	2021-04-28	**Fecha Terminación inicial:**	2021-06-15	**Valor Mensual:**	$ 2.928.181

de: [illegible]
Valor a cobrar: $ [illegible]

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 3.480.000	1777	2021-06-16	2021-08-15
2	$ 3.264.000	2396	2021-08-16	2021-09-15
3	$ 1.870.000	2839	2021-09-16	2021-09-30
4	$ 2.349.966	3253	2021-10-01	2021-10-31
5	$ 3.264.000	3453	2021-11-01	2021-11-30
6				
7				
8				
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	MAYO	$ 3.773.000		
2	JUNIO	$ 2.600.000	$ 403.800	78[illegible]1
3	JULIO	$ 3.264.000	$ 371.800	78[illegible]
4	AGOSTO	$ 3.657.000	$ 404.000	78[illegible]
5	SEPTIEMBRE	$ 3.065.000	$ 378.300	78[illegible]
6	OCTUBRE	$ 3.167.000	$ 378.800	78[illegible]
7	NOVIEMBRE	$ 2.928.000	$ 391.400	78[illegible]
8				
9				
10				
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
$ 6.108.667	$ 24.336.633	$ 21.419.000	$ 2.917.633

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 CONDICION DE ENFERMERA PARA LA EJECUCION DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LOS PROCESOS DE GESTION HOSPITALARIA , URGENCIAS Y QUIRURGICOS ,CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE LA SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

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

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las establecidas en la minuta)	DESCRIPCION DEL DESARROLLO	
		ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUTO O EVIDENCIA
1	Identificar las enfermedades asociadas a la atención 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	RECIBO TURNO EN LA UMHES SANTA CLARA FIRMO EL LIBRO
2	Investigar el tipo de infección, agente etiológico, factores de riesgo para evitar acciones de control, identificar y emitir alertas epidemiológicas para determinar medidas 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	REALIZAR PLAN DE CUIDADO DE CADA PACIENTE
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 cad paciente.	ASIGNAR ACTIVIDADES AL PERSONAL A CARGO
4	Velar por el cumplimiento de la normatividad institucional, local y nacional respecto a IAAS	Promover la recuperacion del paciente.	TRAMITAR INGRESO Y EGRESO PACIENTES A HOSPITALIZACION
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 evolucion y los reportes diagnosticos para valorar la evolucion del paciente y garantizar integralidad en el manejo de la informacion.	REVISION DE HISTORIAS CLINICAS Y ACTUALIZACION DE KARDEX Y TARJETAS DE MADICAMENTOS
6	Participar en la vigilancia del cumplimiento de los protocolos o guías de procedimientos y normas de bioseguridad	Dejar constancia científica y legal de lo actuado.	ASISTIR A CAPACITACIONES PROGRAMADAS POR LA INSTITUCION SEGÚN PROGRAMACION
7	Participar en los procesos capacitación para el personal de la institución	Consolidar la produccion de la unidad y las especialidades.	COORDINAR TRASLADOS DE LOS PACIENTES
8	Asistir a las reuniones mensuales ordinarias y extraordinarias cuando sea necesario	Asistir a las reuniones mensuales ordinarias y extraordinarias cuando sea necesario.	UTILIZAR Y VERIFICAR EL CORRECTO USO DE LOS EPP
9	Realizar el registro y el envío oportuno de los informes solicitados por la institución o otras entidades	Para el desarrollo y formacion del recurso humano en salud.	REPORTE Y NOTIFICACION DE EVENTOS EN SALUD

Scanned by TapScanner

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: APA-FT-014
VERSIÓN: 03

11	Participar en los análisis a los que sea convocados	Promover procesos de mejoramiento continuo	CONTROL Y USO RACIONAL DE LOS INSUMOS
12	Acompañar y observar la implementación 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	INFORMAR SOBRE EL ESTADO DE SALUD DEL PACIENTE AL MEDICO
13	Participar en la elaboración y actualización de los manuales de normas procedimientos y protocolos asistenciales del área	Unificar criterios en el desarrollo de las actividades	ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS SEGUN LOS 12 CORRECTOS
14	Mantener la reserva de la información	Conocer y plantear nuevas alternativas de diagnostico y manejo de los pacientes	REGISTRAR LA INTENSIDAD DEL PACIENTE SEGUN SU DIAGNOSTICO
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 ocupacional, gestion ambiental y calidad	DESINFECCION E INVENTARIO DEL CARRO DE PARO
16	Asistir al Comité Institucional y técnico Distrital de infecciones intrahospitalarias		INFORMAR EN LA ENTREGA DE TURNO LOS CAMBIOS Y SE FIRMA LIBRO

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

CRISTIAN DURAN.
Firma del Contratista

C.C. 1.031.148.954 de Bogota

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS

NOMBRE:	NINI ALVAREZ RIVERA
CARGO:	ENFERMERA
FIRMA	

Enfermera
P.U.A.A.

Scanned by TapScanner

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Banco de Bogotá

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1[illegible]4
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:		CRISTIAN FABIAN OJEDA BOLIVAR
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	DIAGONAL 40 # 26-84 SUR TELÉFONO:	4[illegible]6
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE CLASE APORTANTE:	1-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de atención de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):		NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	7814131507	TIPO DE PLANILLA:		1-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: octubre	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	octubre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2021	SALUD:	AÑO:	2021
DÍAS DE MORA:	0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2021/11/11	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1199603653

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800227940	231001	231001-COLFONDOS	1	$ 202.400
SUBTOTAL:			1	$ 202.400
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	$ 158.100
SUBTOTAL:			1	$ 158.100
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860002503	14-7	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	1	$ 30.900
SUBTOTAL:			1	$ 30.900

TOTAL PAGADO:	**$ 391.400**

Scanned by TapScanner