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 CONTRATACIÓN
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 03
FECHA: 2021-12-27

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: PS 4081 2022 **C.D.P. No.:** 530

Proceso que pertenece: MEDIANA COMPLEJIDAD ASISTENCIAL
Servicio al que pertenece: UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO
Unidad a la que pertenece: SAN BLAS

Nombre del Contratista: KAREN JULIETH GOMEZ LEAL **C.C.** 1.023.946.879 **de:** BOGOTA D.C

Fecha Inicio: 1/02/2022 **Fecha Terminación inicial:** 31/05/2023 **Valor Mensual:** $ 1.701.900 **Valor a cobrar:** $ 2.269.200

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1				
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	FECHA DE PAGO PLANILLA
1	FEBRERO	$ 743.580	$ 329.400	56185654	01/02/2022
2	MARZO	$ 2.203.200	$ 329.400	56874133	01/03/2022
3	ABRIL	$ 2.203.200	$ 329.400	57653135	31/03/2022
4	MAYO	$ 2.269.200	$ 329.400	58337361	04/05/2022
5	JUNIO	$ 2.269.200	$ 329.400	59037454	06/06/2022
6	JULIO	$ 2.269.200	$ 329.400	59725622	11/07/2022
7	AGOSTO	$ 2.269.200	$ 329.400	60439047	08/08/2022
8					
9					
10					
11					
12					

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 50.604.750	$ 50.604.750	$ 14.226.780	$ 36.377.970

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIO TECNICO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA II PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 1/08/2022 **Hasta:** 31/08/2022

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO	
		ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUTO O EVIDENCIA
1	EL SERVICIO DE CONFORMIDAD CON LA PROGRAMACION DE AGENDA ACORDADA CON EL SUPERVISOR DEL CONTRATO, PARA EL DESARROLLO DE SUS ACTIVIDADES	SE CUMPLE HORARIO DE TURNOS SEGÚN PROGRAMACION ACORDADA CON EL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA	COORDINADORA DE ENFERMERIA, CUADRO DE TURNOS MENSUAL, LIBRO DE RECIBO Y ENTREGO DE TURNO
2	TROLAR 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 ALTERACIONES ENCONTRADAS Y REGISTRANDOLAS EN LA HISTORIA CLINICA DIGITAL	SE REALIZA TOMA, CONTROL Y REGISTRO DE SIGNOS VITALES DE PACIENTES A CARGO, SEGÚN PROTOCOLO INSTITUCIONAL Y DE ACUERDO A NECESIDAD DEL PACIENTE	DINAMICA (SIGNOS VITALES), HOJA DE SIGNOS UCI 1/2
3	ORIENTAR Y PREPARAR A LOS PACIENTES PARA EXÁMENES DIAGNOSTICO DE ACUERDO CON LOS PROTOCOLOS DE MANEJO Y TECNOLOGIA REQUERIDA SEGÚN NORMAS ESTABLECIDAS PARA CADA PROCEDIMIENTO	SE BRINDA INFORMACION NECESARIA A LOS PACIENTES SOBRE LA PREPARACION SEGUN EXAMEN SOLICITADO	NOTA DE ENFERMERIA
4	REALIZAR ACTIVIDADES PROPIAS DEL CUIDADO DE ENFERMERIA PREVINIENDO ACCIONES INSEGURAS EN LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD	SE BRINDA EDUCACION AL PACIENTE SOBRE LA IMPORTACIA DE MANTENER BARANDAS DE SEGURIDAD ELEVADAS, USO DE TAPABOCAS, USO DE UN CALZADO ADECUADO Y DEMAS MEDIDAS NECESARIAS PARA EVITAR EVENTOS ADVERSOS	HOJA DE EDUCACION - NOTA DE ENFERMERIA
5	NOTIFICAR INMEDIATAMENTE LAS ACCIONES INSEGURAS OCURRIDAS A SUS PACIENTES AL MEDICO DE TURNO , JEFE INMEDIATO Y EN EL SISTEMA DE REPORTE	EN CASO DE HABER UN EVENTO ADVERSO SE NOTIFICA A JEFE Y MEDICO DE TURNO Y ASI MISMO SE REGISTRA EN EL SISTEMA	NOTA DE ENFERMERIA
6	INFORMAR A A LA ENFERMERA JEFE DEL SERVICIO Y AL MEDICO TRATANTE , SOBRE LOS CAMBIOS DEL ESTADO CLINICO DE LOS PACIENTES UN FORMA OPORTUNA Y ADECUADA.	SE INFORMA A JEFE Y MEDICO DE TURNO SI EXISTE ALGUN CAMBIO EN EL ESTADO CLINICO DEL PACIENTE DE MANERA OPORTUNA	NOTA 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 VERIFICA HISTORIA CLINICA DE LOS PACIENTES ASIGNADOS CON EL FIN DE CONOCER SU DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO Y PLAN DE CUIDADO	NOTA DE ENFERMERIA
8	MANTENER LIMPIO Y ORDENADO LA UNIDAD DE LOS PACIENTES ASIGNADOS DURANTE EL TURNO	SE MANTIENE ORDEN Y LIMPIEZA DE LA UNIDAD DE LOS PACIENTES ASIGNADOS	NOTA DE ENFERMERIA
9	CORRECTAMENTE Y DANDO CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCION 1995 DE 1999 Y MANTENER ORGANIZADAS LAS HISTORIAS CLINICAS DE ACUERDO AL MANUAL Y NORMATIVIDAD VIGENTE DE LA ENTIDAD.	SE REALIZAN LOS REGISTROS CLINICOS NECESARIOS Y DEBIDAMENTE DILIGENCIADOS, ASI MISMO SE ORDENA HISTORIA CLINICA DE ACUERDO AL PROTOCOLO INSTITUCIONAL	NOTA DE ENFERMERIA

10	CUMPLIR LAS NORMAS INSTITUCIONALES DE BIOSEGURIDAD,VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA,GESTION AMBIENTAL, SALUD OCUPACIONAL Y DEMAS POLITICAS INSTITUCIONALES	SE CUMPLEN CON LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD Y DEMAS POLITICAS INSTITUCIONALES	JEFE INMEDIATA
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 DESARROLLANDO LAS ACTIVIDADES.	SE REALIZO LA REVICION DIARIA DEL INVENTARIO CORRESPONDIENTE AL AREA DE JULIO DE 2022	LIBRO DE INVENTARIO DEL SERVICIO
12	CUMPLIR CON LOS PROCESOS, PROCEDIMIENTOS GUIAS Y DEMAS NORMAS DEFINIDAD POR LA ENTIDAD DE CONFORMIDAD CON EL OBJETO DEL CONTRATO	SE REALIZARON LAS ACTIVIDADES CONTRACTUALES TENIENDO EN CUENTA LOS DOCUMENTOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LOS PROCESOS DE ENFERMERIA EN EL MES DE JULIO DE 2022	SEGUIMIENTO SUPERVISION
13	ASISTIR A REUNIONES Y CAPACITACIONES PROGRAMADAS POR LA ENTIDAD	SE REALIZO LA PARTICIPACION EN LAS REUNIONES Y CAPACITACIONES PROGRAMADAS PARA EL MES DE JULIO DE 2022	LISTA DE ASISTENCIA
14	REALZIA LA DESINFECCION DE MANERA OPORTUNA DE LA UNIDAD DEL PACIENTE DEACUERDO A LOS PROTOCOLOS INSTITUSIONALES	SE GARANTIZO EL PROCESO DE LIMPIEZA Y DESINFECCION , RUTINARIA Y TERMINAL DE LAS UNIDADES DEL PACIENTE ASI COMO DE LAS DIFERENTES AREAS DEL SERVICIO DURANTE EL MES DE JULIO DE 2022	FORMATOS DE LIMPIEZA Y DESINFECCION
15	REALIZAR LA TOMA OPORTUNA DE LAS MUESTRAS DE SANGRE DE LABORATORIO QUE REQUIERAN LOS PACIENTES CON EL FIN DE AGILIZAR EL TRATAMIENTO	SE REALIZA LA TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO AL 100% DE LOS PACIENTE ASISGNADOS EN EL MES DE JULIO DE 2022	HISTORIAS CLINICAS APLICATIVO DINAMICA
16	ASISTIR EN LA ALIMENTACION A LOS PACIENTES ASIGNADOS CONSERVANDO LAS PRECAUCIONES ESTABLESIDAD SEGUN EL CASO	SE REALIZO LA ASISTENCIA EN LA ALIMENTACION A LOS PACIENTE ASIGNADOS CON GRADO DE DEPENDENCIA DE ENFERMERIA CONCERVANDO LAS PRECAUCIONES ESTABLECIDAS	HISTORIAS CLINICAS APLICATIVO DINAMICA
17	REALIZAR EL CONTROLDE LIQUIDOS ADMINISTRADOS Y ELIMINADOS REGISTRANDO EN FORMA OPORTUNA T ADECUADA LOS RESULTADOS DEACUERDO AL PROTOCOLO INSTITUCIONAL	SE REALIZO EL CONTROL DE LIQUIDOS ADMINISTRADOS Y ELIMINADOS AL 100% DE LOS PACIENTE ASIGNADOS	HISTORIAS CLINICAS APLICATIVO DINAMICA
18	PORTAR EL UNIFORME TENIENDO EN CUENTA LAS NORMAS HIGIENE Y BIOSEGURIDAD DE LA SUBRED.	SE REALIZO EL USO ADECUADO DEL UNIFORME DURANTE LA PROGRAMACION DE ACTIVIDADES PARA EL MES	CONCEPTO CORDINADORA
19	OFRECER TRATO CON CALIDEZ Y CALIDAD AL PACIENTE Y LA FAMILIA DANDO UNA ATENCION HUMANIZADA CONCERVANDO EL RESPETO POR LA DIGNIDAD HUMANA	SE GARANTIZO LA ATENCION DE L PACIENTE CON CALIDAD , CALIDEZ Y HUMANIZACION A LOS PACIENTE ASISGNADOS DURNATE LE MES Y NO HAY REPORTE DE PQR RELACIONADOS CON LA PRESTACION DE MI SERVICIO	REPORTES DE PQR
20	IMPÁRTIR EDUCACION AL PACIENTE Y LA FAMILIA SOBRE LOS CUIDADOS ESPECIFICOS A TENER EN CASA DE ACUERDO A LA SITUACION CLINICA DEL PACIENTE.	SE GARANTIZO LA EDUCACION E INFORMACION AL 100% DE LOS PACIENTE ASIGNADOS INCULIDO SU FAMILIA EN EL MES	REGISTRO FORMATO DE EDUCACION UBICADO EN HISTORIA CLINICA
21	MANTENER LA RESERVA DE LA INFORMACION CLINICA Y PERSONAL DE LOS PACIENTE	SE GARANTIZO EL 100% DE CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACION DE LOS PACIENTES ASGNADOS INCLUIDO SU FAMILIA	SEGUIMIENTO SUPERVISION
22	EJERCER LAS ACTIVIDADES PROPIAS DE LA FORMACION TECNICA DE CONFORMIDAD CON LAS NORMAS Y/O REGLAMENTOS DE ACUERDO AL OBJETO CONTRACTUAL Y LAS NECESIDADES DEL SERVICIO	EL 100% DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS A LOS PACIENTES ASIGNADOS SE REALIZARON TENIENDO EN CUENTA LAS COMPETENCIAS TECNICAS DEL MES	SEGUIMIENTO SUPERVISION

Observaciones:

Nota: Es deber contractual anexar la certificación del pago a Salud, pensión y ARL. En caso de tener contrato nuevo adjuntar el soporte de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud como cotizante y afiliación a pensión., Teniendo en cuenta que con la implementación del Decreto 1273 de 2018 el pago de aportes se hace de manera vencida de acuerdo con las fechas establecidas en el Decreto 1990 de 2016.

Karen J Gomez

Firma del Contratista

C.C. 1.023.946.879 de BOGOTA D.C

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 1	
NOMBRE:	TATIANA PAOLA CLAVIJO QUESADA
CARGO:	ENFERMERO CODIGO 243 GRADO 20
FIRMA	

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 2	
NOMBRE:	LUZ ANGELA CONTRERAS MORENO
CARGO:	ENFERMERO CODIGO 243 GRADO 20
FIRMA	

CUENTA DE COBRO No. 6-2022

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
NIT 900.959.051-7

DEBE A

KAREN JULIETH GOMEZ LEAL
C.C. 1023946879 DE BOGOTÁ D.C

LA SUMA DE:

($2269200) DOS MILLONES DOCIENTOS SESENTA Y NUEVE MIL DOCIENTOS M/CTE

Por concepto de: 240 HORAS Honorarios por Prestación de Servicios en cumplimiento del Contrato No. PS 4081 2022, con afiliación ARL RIESGO 3 correspondiente al mes de JULIO de 2022

OBJETO: PRESTAR SERVICIO TÉCNICO COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA II PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E DEL 01/08/22 AL 31/08/22

Karen J Gomez L.

KAREN JULIETH GOMEZ LEAL
C.C. 1023946879 DE BOGOTÁ D.C
Cel. 3223565700
Dir: CALLE 88 SUR # 9-74 ESTE
Cuenta: 0550488415126421 BANCO: BANCO DAVIVIENDA
31 DE AGOSTO 2022

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	1023946879	karen julieth gomez leal		Cll 88 Sur N 9 74 E	7649997	kren1013@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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2022-07	2022-07	I	08/08/2022	60439047	$329.400	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	125.000	0		0		0	0	0	0	125.000	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
230301	Porvenir	800224808-8	160.000	0	0	0	0	0	0		160.000	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	24.400				24.400	0	0	24.400			244	24.400	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	20.000	0	0	20.000	1

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	125.000	125.000
Pensión	1	160.000	160.000
Riesgos Laborales	1	24.400	24.400
CCF	1	20.000	20.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	329.400	329.400

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
CC	1023946879	karen julieth gomez leal		Cll 88 Sur N 9 74 E	7649997	kren1013@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2022-07	2022-07	I	08/08/2022	60439047	$329,400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiza. exterior	Exonerado	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
1	CC	1023946879	GOMEZ LEAL KAREN JULIETH	59	0			N																	230301	1,000,000	160,000	0	0	0	0	EPS005	1,000,000	125,000	14-7	1,000,000	3	24,400	CCF24	1,000,000	20,000	0	0	0	0	0

PAGADA

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