180h

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 4241 2022 **C.D.P. No.:** 530

Proceso que pertenece: MISIONAL
Servicio al que pertenece: HOSPITALIZACION
Unidad a la que pertenece: UMHES VICTORIA

Nombre del Contratista: ZORAIDA HERNANDEZ CHAVEZ **C.C.** 52,132,256 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2022-02-16 **Fecha Terminación inicial:** 2023-12-31 **Valor Mensual:** $ 3,151,800 **Valor a cobrar:** $ 3,151,800

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO PLANILLA
1	FEBRERO	$ 1,275,000	$ 366,200	56683335	09/02/2022
2	MARZO	$ 3,060,000	$ 378,800	57311511	08/03/2022
3	ABRIL	$ 3,060,000	$ 378,800	57985591	05/04/2022
4	MAYO	$ 3,151,800	$ 378,800	58801277	09/05/2022
5	JUNIO	$ 3,186,820	$ 390,200	59536908	09/06/2022
6	JULIO	$ 3,309,390	$ 394,500	60294336	13/07/2022
7	AGOSTO	$ 3,151,800	$ 411,900	61031994	11/08/2022
8	SEPTIEMBRE	$ 3,151,800	$ 394,500	61771742	12/09/2022
9					
10					
11					
12					
13					
14					

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 75,735,000	$ 75,735,000	$ 23,346,610	$ 52,388,390

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERO(A) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2022-09-01 **Hasta:** 2022-09-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUTO O EVIDENCIA
1	Prestar susu servicios de apoyo en forma personal y autonoma como enfermera en el servicio de consulta externa, en lo relacionado con actividades de promocion de la salud y detencion de la enfermedad segun curso de vida, programas de atención y condiciones de los usuarios, programación y supervisión de las actividades que realizan las auxiliares.	Realiza los procedimientos a los pacientes a su cargo de acuerdo a su estado clínico del mes de Septiembre.	HISTORIA CLÍNICA Y SOPORTE FÍSICO
2	Realizar plan de cuidado diario de enfermería de acuerdo al diagnóstico y necesidades identificadas	Realiza el plan de cuidados de enfermería de acuerdo al diagnostico y necesidades identificadas del mes Septiembre.	HISTORIA CLÍNICA Y SOPORTE FÍSICO
3	Verificar medidas preventivas de eventos adversos e identificando riesgos, garantizando la seguridad del paciente y reportando los eventos adversos que se presenten.	Realiza la identificación de los riesgos de los usuarios aplicando las medidas preventivas en cada caso del mes Septiembre.	HISTORIA CLÍNICA Y SOPORTE FÍSICO
4	Administrar medicamentos oportunamente y verificar el cuidado directo a los pacientes de acuerdo a los protocolos y guías establecidas del servicio utilizando técnicas asepsia y antisepsia y normas de bioseguridad, e informar al medico tratante y coordinados la no existencia de medicamentos para realizar reajuste de tratamiento.	Da cumplimiento a los protocolos y guías establecidas y administra el cuidado directo a los usuarios del mes de Septiembre.	ACTAS -LISTA DE CHEQUEO Y SOPORTE FÍSICO
5	Apoyar la supervisión de las actividades del personal auxiliar de enfermería y camilleros, observando que se realicen los procedimientos y revisando registros de enfermería.	Debe hacer mas supervisión al personal en cuanto al cumplimiento de los protocolos del mes de Septiembre.	ACTAS -LISTA DE CHEQUEO Y SOPORTE FÍSICO
6	Realizar actualización del Kardex y tarjetas de medicamentos de acuerdo con las normas establecidas en forma escrita y cada vez que se requiera el cambio en el tratamiento del paciente.	Realiza la actualización del Kardex y tarjetas de medicamentos de acuerdo con lo establecido del mes de Septiembre.	SOPORTE FÍSICO
7	Administrar medicamentos oportunamente, de acuerdo con las técnicas de asepsia y antisepsia, normas de bioseguridad, y a los correctos para la administración de medicamentos, reportar a médico tratante y coordinadores	Administra medicamentos de forma oportuna, utilizando técnica aseptica, normas de bioseguridad y los correctos en la administración de medicamentos, del mes de Septiembre.	HISTORIA CLÍNICA- SOPORTE FÍSICO

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	52132256	ZORAIDA HERNANDEZ CHAVEZ	KR 46 A NO 68 09 SUR BR CANDELARIA	3118320187	ZORAIDAHERNANDEZCHAVEZ@HOTMAIL.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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2022-08	2022-08	I	12/09/2022	61771742	TOTAL A PAGAR	
					$394.500	

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	159.400	0		0		0	0	0	0	159.400	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
231001	Colfondos	800227940-6	204.000	0	0	0	0	0	0		204.000	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	31.100				31.100	0	0	31.100			311	31.100	1

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	159.400	159.400
Pensión	1	204.000	204.000
Riesgos Laborales	1	31.100	31.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	394.500	394.500

PAGADA

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