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

1926

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: | $ 3,361,920 | | | | |

| 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 | OCTUBRE | $ 3,361,920 | $ 390,200 | 62514487 | 11/10/2022 |
| 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 | $ 26,708,530 | $ 49,026,470 |

## 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: 2022-10-01 Hasta: 2022-10-31

| | 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 clinico del mes de octubre. | 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 octubre. | 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 octubre. | 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 octubre. | 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 octubre. | 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 octubre. | 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 octubre. | HISTORIA CLÍNICA- SOPORTE FÍSICO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 8 | Realizar las devoluciones al servicio de farmacia de los medicamentos e insumos por pacientes antes del egreso y diariamente cuando así lo amerite. | Realiza las devoluciones de medicamentos e insumos de los pacientes antes del egreso del mismo o cuando así lo amerite, del mes de octubre. | HISTORIA CLÍNICA Y SOPORTE FÍSICO |
| 9 | Realizar en el formato correspondiente y las horas y fechas acordadas, los pedidos de elementos e insumos necesarios para los pacientes en su respectivo servicio. | Realiza el control de los suministros y existencia de insumos y medicamentos de los pacientes a cargo, del mes de octubre. | HISTORIA CLÍNICA Y SOPORTE FÍSICO |
| 10 | Participar en forma activa en la revista médica diaria dando sus aportes según el caso | Participa activamente en la revista médica diaria dando sus aportes según se requiera del mes de octubre. | SOPORTE FÍSICO-CORREO ELECTRÓNICO |
| 11 | Revisar diariamente que los venoequipos, drenajes, buretroles y demás elementos invasivos del paciente que manejen según protocolo y se lleven los registros correspondientes correctamente. | Revisa en cada turno los venoequipos. Drenajes, buretroles y demás elementos del paciente según protocolo del mes de octubre | ENTREGA Y RECIBIDO DE TURNO |
| 12 | Realizar la asignación de los pacientes a cada auxiliar de acuerdo al número de pacientes, complejidad y de acuerdo a las necesidades del servicio. | Realiza la asignación de pacientes y actividades a cada uno de los auxiliares a cargo dependiendo de la complejidad de los pacientes del mes de octubre. | LISTA DE CHEQUEO-SOPORTE FÍSICO |
| 13 | Participar activamente en el sistema de vigilancia epidemiológica mediante la notificación oportuna de informes de los casos o posibles brotes infecciosos para toma de conductas que prevengan la presencia o proliferación de infecciones en los servicios. | Participa activamente en sistema de vigilancia epidemiológica notificando oportunamente los casos de infecciones y realizando los aislamientos necesarios del mes de octubre. | LISTA DE CHEQUEO-SOPORTE FÍSICO |
| 14 | Responder por los inventarios conservación y uso adecuado de los equipos, elementos e insumos entregados en el servicio. | Participa en el cuidado y custodia de los equipos e insumos del servicio del mes de octubre. | HISTORIA CLINICA SOPORTE EN FÍSICO |
| 15 | Realizar la asignación oportuna de camas para los pacientes que lo requieran, realizando los traslados necesarios para tal fin de forma oportuna, colaborando con el giro de cama. | Realiza asignación oportuna de las camas para los pacientes que así lo ameritan y adicionalmente realiza los traslados necesarios para tal fin del mes de octubre. | ACTAS-LISTA DE CHEQUEO |
| 16 | Responder por los inventarios conservación y uso adecuado de los equipos, elementos e insumos entregados en el servicio. | Participa en el cuidado y custodia de los equipos e insumos del servicio del mes de octubre. | ACTAS -LISTA DE CHEQUEO Y SOPORTE FÍSICO INVENTARIO |
| 17 | Realizar la asignación oportuna de camas para los pacientes que lo requieran, realizando los traslados necesarios para tal fin de forma oportuna, colaborando con el giro de cama. | Realiza asignación oportuna de las camas para los pacientes que así lo ameritan y adicionalmente realiza los traslados necesarios para tal fin del mes de octubre. | ACTAS -LISTA DE CHEQUEO Y SOPORTE FÍSICO |
| 18 | Dar cumplimiento a la resolución 1995 de 1999 y al manual de manejo de historia clínica de la Subred. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato. | Da cumplimiento a la resolución 1995/199 y al manual de manejo de historias clínicas del mes de octubre. | SOPORTE FÍSICO KARDEX |

**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.

Zoraida Hernandez chavez

Firma del Contratista

C.C. 52.132.256 de BOGOTA

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 1 | |
|---|---|
| NOMBRE: | TATIANA PAOLA CLAVIJO QUESADA |
| CARGO: | ENFERMERO CODIGO 243 GRADO 20 |
| FIRMA | Tatiana P. Clavijo C.C. No. 52.431.294 Bta. Enfermera P.U.J. |

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 2 | |
|---|---|
| NOMBRE: | NESTOR DANIEL SANDOVAL RINCON |
| CARGO: | ENFERMERO CODIGO 243 GRADO 20 |
| FIRMA | |

Cuenta de cobro 009-2022

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

DEBE A:

**ZORAIDA HERNANDEZ CHAVEZ**

C.C.52.132.256 de Bogotá

LA SUMA DE:

**TRES MILLONES TRESCIENTOS SESENTA Y UN MIL NOVECIENTOS VEINTE PESOS M/CTE. ($3.361.920)**

Por concepto de: 192 horas, Honorarios por Prestación de Servicios en cumplimiento del Contrato No. PS 4241 2022, con afiliación ARL RIESGO 3 correspondiente al mes de Octubre de 2022.

OBJETO: 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. DEL 01/10/2022 AL 31/10/2022.

Cordialmente,

Zoraida Hernandez chavez

**ZORAIDA HERNANDEZ CHAVEZ**

CC 52.132.256
Cel: 313 8441246
Dirección. Carrera 46 A 68 - 09 Sur
Cuenta 004870327899 Davivienda
Fecha: Octubre 31 de 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 | 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 |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2022-09 | 2022-09 | I | 11/10/2022 | 62514487 | $390.200 | |

## 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 | 157.600 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 157.600 | 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 | 201.800 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 201.800 | 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 | 30.800 | | | | 30.800 | 0 | 0 | 30.800 | | | 308 | 30.800 | 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 | 157.600 | 157.600 |
| Pensión | 1 | 201.800 | 201.800 |
| Riesgos Laborales | 1 | 30.800 | 30.800 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 390.200 | 390.200 |

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