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: 01

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 0847 2018	**C.D.P. No.:**	7	**Proceso al que pertenece:**	PROCESO ASISTENCIAL/ENFERMERIA
				Unidad a la que pertenece:	UNIDAD SANTA CLARA

Nombre del Contratista: YULI ANDREA WILCHES MARIN **C.C.** 1.023.006.479 **de:** 0

Fecha Inicio: 2018-01-10 **Fecha Terminación incial:** 2018-06-09 **Valor Mensual:** $ 1.168.860 **Valor a cobrar:** $ 1.168.860

ADICIÓN/ OTROSI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	ENERO	$ 1.168.860	$ 252.700	8324764585
2	FEBRERO	$ 0	$ 0	0
3	MARZO	$ 0	$ 0	0
4	ABRIL	$ 0	$ 0	0
5	MAYO	$ 0	$ 0	0
6	JUNIO	$ 0	$ 0	0
7	JULIO	$ 0	$ 0	0
8	AGOSTO	$ 0	$ 0	0
9	SEPTIEMBRE	$ 0	$ 0	0
10	OCTUBRE	$ 0	$ 0	0
11	NOVIEMBRE	$ 0	$ 0	0
12	DICIEMBRE	$ 0	$ 0	0

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 7.927.920	$ 7.927.920	$ 1.168.860	$ 6.759.060

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL APOYO A LA GESTION DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2018-01-10 **Hasta:** 2018-01-31

	OBLIGACIONES ESPECIFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	Recibir y entregar el turno por paciente asignado	Informo sobre la evolucion y las actividades realizadas con el fin de proporionar al turno entrante
2	Realizar las actividades de enfermeria y las asignadas por el enfermero	Cumple con los procedimientos y protocolos hospitalarios del servicio, tendientes a promover la
3	Diligenciar los registros de enfermeria	Deja evidencia cientifica y legal de las actividades ejecutadas.
4	Aplicar los protocolos establecidos	Aplica los protocolos para prevenir la ocurrencia de infecciones intrahospitalarias en los pacientes y su
5	Informar al enfermero los cambios en la evolucion del paciente	Suministro informacion al enfermero para toma de medidas óptimas de manejo médico - quirurgico
6	Asesorar al paciente y a la familia sobre el plan de cuidados post hospitalizacion.	Da información de facil comprension de los cuidados, ordenes medicas para dar continuidad al
7	Aplicar los procedimientos de bioseguridad, salud ocupacional, gestion	Aplico las normas de bioseguridad, se reporta eventos adversos.
8	Registrar y verificar el inventario de los elementos y equipos asignados y	Realizo inventario por turno y revision mensual de los elementos del carro de paro y se informa estado y
9	Preparar la logistica requerida por el equipo de salud para brindar atencion	Proyecto la logistica requierida para brindar cuidado integral al paciente
10	Atender y orientar a los pacientes y sus familiares en relacion con sus	Orienta a los pacientes y familiares según sus necesidades
11	Administrar los medicamentos de acuerdo con las tecnicas establecidas	Administro medicamentos según la tecnica
12	0	0
13	0	0
14	0	0
15	0	0
16	0	0

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

yuli wilches
Firma del Contratista

C.C. 1.023.006.479 **de** 0

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	NINI JOHANNA ALVAREZ RIVERA
CARGO:	ENFERMERA
FIRMA	

Nini J. Álvarez R.
Enfermera Jefe
RUN 31125

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): YULI ANDREA WILCHES MARIN
No. Identificación: CC1023006479
Dirección: DG 91 C SUR N 3 A 44 PISO 2
Telefono: 7508664
Correo: YILYANDRE925@HOTMAIL.COM
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8324764585

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	YULI ANDREA WILCHES MARIN
Tipo y número de identificación	CC1023006479
Número de planilla	8324764585
Fecha pago	2018-01-04
Número de autorización pago	53018979
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	enero de 2018
Periodo de Cotización Pensión	enero de 2018
Número de Administradoras	3
Total Pagado	252700
Total Intereses de Mora	0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	19900	1
230301	Porvenir	130700	1
EPS002	Salud Total EPS	102100	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1023006479
APELLIDOS Y NOMBRES: YULI ANDREA WILCHES MARIN

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS002	230301	816710	816710	816710	0	102100	0	130700	0	19900	0

138 h

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

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: 01

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 0847 2018	**C.D.P. No.:**	7	**Proceso al que pertenece:**	PROCESO ASISTENCIAL/ENFERMERIA
				Unidad a la que pertenece:	UNIDAD SANTA CLARA

Nombre del Contratista: YULI ANDREA WILCHES MARIN **C.C.** 1.023.006.479 **de:** 0

Fecha Inicio: 2018-01-10 **Fecha Terminación incial:** 2018-06-09 **Valor Mensual:** $ 1.422.960 **Valor a cobrar:** $ 1.422.960

ADICIÓN/ OTROSI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	ENERO	$ 1.168.860	$ 252.700	8324764585
2	FEBRERO	$ 1.422.960	$ 241.800	8325128380
3	MARZO	$ 0	$ 0	0
4	ABRIL	$ 0	$ 0	0
5	MAYO	$ 0	$ 0	0
6	JUNIO	$ 0	$ 0	0
7	JULIO	$ 0	$ 0	0
8	AGOSTO	$ 0	$ 0	0
9	SEPTIEMBRE	$ 0	$ 0	0
10	OCTUBRE	$ 0	$ 0	0
11	NOVIEMBRE	$ 0	$ 0	0
12	DICIEMBRE	$ 0	$ 0	0

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 7.927.920	$ 7.927.920	$ 2.591.820	$ 5.336.100

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL APOYO A LA GESTION DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2018-02-01 **Hasta:** 2018-02-28

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	Recibir y entregar el turno por paciente asignado	Informo sobre la evolucion y las actividades realizadas con el fin de proporionar al turno entrante
2	Realizar las actividades de enfermeria y las asignadas por el enfermero	Cumple con los procedimientos y protocolos hospitalarios del servicio, tendientes a promover la
3	Diligenciar los registros de enfermeria	Deja evidencia cientifica y legal de las actividades ejecutadas.
4	Aplicar los protocolos establecidos	Aplica los protocolos para prevenir la ocurrencia de infecciones intrahospitalarias en los pacientes y su
5	Informar al enfermero los cambios en la evolucion del paciente.	Suministro informacion al enfermero para toma de medidas óptimas de manejo médico - quirurgico
6	Asesorar al paciente y a la familia sobre el plan de cuidados post hospitalizacion.	Da informcion de facil comprension de los cuidados, ordenes medicas para dar continuidad al
7	Aplicar los procedimientos de bioseguridad, salud ocupacional, gestion	Aplico las normas de bioseguridad, se reporta eventos adversos.
8	Registrar y verificar el inventario de los elementos y equipos asignados y	Realizo inventerio por turno y revision mensual de los elementos del carro de paro y se informa estado y
9	Preparar la logistica requerida por el equipo de salud para brindar atencion	Proyecto la logistica requierida para brindar cuidado integral al paciente.
10	Atender y orientar a los pacientes y sus familiares en relacion con sus	Oriento a los pacientes y familiares según sus necesidades
11	Administrar los medicamentos de acuerdo con las tecnicas establecidas.	Administra medicamentos según la tecnica
12	0	0
13	0	0
14	0	0
15	0	0
16	0	0

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

yuli A. wilches

Firma del Contratista

C.C. 1.023.006.479 **de** 0

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	NINI JOHANNA ALVAREZ RIVERA
CARGO:	ENFERMERA
FIRMA	

NINI JOHANNA ALVAREZ RIVERA
ENFERMERA
RUN 3123

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): YULI ANDREA WILCHES MARIN
No. Identificación: CC1023006479
Dirección: DG 91 C SUR N 3 A 44 PISO 2
Telefono: 7508664
Correo: YILYANDRE925@HOTMAIL.COM
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8325128380

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	YULI ANDREA WILCHES MARIN
Tipo y número de identificación	CC1023006479
Número de planilla	8325128380
Fecha pago	2018-02-13
Número de autorización pago	74280250
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	febrero de 2018
Periodo de Cotización Pensión	febrero de 2018
Número de Administradoras	3
Total Pagado	241800
Total Intereses de Mora	0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	19100	1
230301	Porvenir	125000	1
EPS002	Salud Total EPS	97700	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1023006479
APELLIDOS Y NOMBRES: YULI ANDREA WILCHES MARIN

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS002	230301	781242	781242	781242	0	97700	0	125000	0	19100	0

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

Secretaría 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-011
VERSIÓN: 01

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO OPS:	PS 0847 2018	**C.D.P. No.:**	7	**Proceso al que pertenece:**	PROCESO ASISTENCIAL/ENFERMERIA
				Unidad a la que pertenece:	UNIDAD SANTA CLARA

Nombre del Contratista: YULI ANDREA WILCHES MARIN **C.C.** 1.023.006.479 **de:** 0

Fecha Inicio: 2018-01-10 **Fecha Terminación incial:** 2018-06-09 **Valor Mensual:** $ 1.626.240 **Valor a cobrar:** $ 1.626.240

ADICIÓN/ OTROSI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				

N° CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	ENERO	$ 1.168.860	$ 252.700	8324764585
2	FEBRERO	$ 1.422.960	$ 241.800	8325128380
3	MARZO	$ 1.626.240	$ 241.800	8326090455
4	ABRIL	$ 0	$ 0	0
5	MAYO	$ 0	$ 0	0
6	JUNIO	$ 0	$ 0	0
7	JULIO	$ 0	$ 0	0
8	AGOSTO	$ 0	$ 0	0
9	SEPTIEMBRE	$ 0	$ 0	0
10	OCTUBRE	$ 0	$ 0	0
11	NOVIEMBRE	$ 0	$ 0	0
12	DICIEMBRE	$ 0	$ 0	0

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 7.927.920	$ 7.927.920	$ 4.218.060	$ 3.709.860

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL APOYO A LA GESTION DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2018-03-01 **Hasta:** 2018-03-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACION
1	Recibir y entregar el turno por paciente asignado	Informo sobre la evolucion y las actividades realizadas con el fin de proporionar al turno entrante
2	Realizar las actividades de enfermeria y las asignadas por el enfermero	Cumple con los procedimientos y protocolos hospitalarios del servicio, tendientes a promover la
3	Diligenciar los registros de enfermeria	Deja evidencia cientifica y legal de las actividades ejecutadas
4	Aplicar los protocolos establecidos	Aplica los protocolos para prevenir la ocurrencia de infecciones intrahospitalarias en los pacientes y su
5	Informar al enfermero los cambios en la evolucion del paciente	Suministro informacion al enfermero para toma de medidas óptimas de manejo médico - quirurgico
6	Asesorar al paciente y a la familia sobre el plan de cuidados post hospitalizacion	Da informcion de facil comprension de los cuidados, ordenes medicas para dar continuidad al
7	Aplicar los procedimientos de bioseguridad, salud ocupacional, gestion	Aplico las normas de bioseguridad, se reporta eventos adversos.
8	Registrar y verificar el inventario de los elementos y equipos asignados y	Realizo inventerio por turno y revision mensual de los elementos del carro de paro y se informa estado y
9	Preparar la logistica requerida por el equipo de salud para brindar atencion	Proyecto la logistica requerida para brindar cuidado integral al paciente.
10	Atender y orientar a los pacientes y sus familiares en relacion con sus	Oriento a los pacientes y familiares según sus necesidades
11	Administrar los medicamentos de acuerdo con las tecnicas establecidas.	Administra medicamentos según la tecnica
12	0	0
13	0	0
14	0	0
15	0	0
16	0	0

Observaciones:

Se anexa certificación de pago a Salud, pension y ARL
En caso de tener contrato nuevo se debe anexar tambien la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro

Yuli Andrea Wilches

Firma del Contratista

C.C. 1.023.006.479 **de** Bogotá D.C.

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	NINI JOHANNA ALVAREZ RIVERA
CARGO:	ENFERMERA
FIRMA	Nini J. Alvarez R. Enfermera Jefe RUN 31125

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): YULI ANDREA WILCHES MARIN
No. Identificación: CC1023006479
Dirección: DG 91 C SUR N 3 A 44 PISO 2
Telefono: 7508664
Correo: YILYANDRE925@HOTMAIL.COM
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8326090455

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	YULI ANDREA WILCHES MARIN
Tipo y número de identificación	CC1023006479
Número de planilla	8326090455
Fecha pago	2018-03-15
Número de autorización pago	93861555
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	marzo de 2018
Periodo de Cotización Pensión	marzo de 2018
Número de Administradoras	3
Total Pagado	241800
Total Intereses de Mora	0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	19100	1
230301	Porvenir	125000	1
EPS002	Salud Total EPS	97700	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1023006479
APELLIDOS Y NOMBRES: YULI ANDREA WILCHES MARIN

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS002	230301	781242	781242	781242	0	97700	0	125000	0	19100	0

Aut 192h

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

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: 01

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 0847 2018	**C.D.P. No.:**	7	**Proceso al que pertenece:**	PROCESO ASISTENCIAL/ENFERMERIA
				Unidad a la que pertenece:	UNIDAD SANTA CLARA

Nombre del Contratista: YULI ANDREA WILCHES MARIN **C.C.** 1.023.006.479 **de:** 0

Fecha Inicio: 2018-01-10 **Fecha Terminación incial:** 2018-06-09 **Valor Mensual:** $ 1.626.240 **Valor a cobrar:** $ 1.626.240

ADICIÓN/ OTROSI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	ENERO	$ 1.168.860	$ 252.700	8324764585
2	FEBRERO	$ 1.422.960	$ 241.800	8325128380
3	MARZO	$ 1.626.240	$ 241.800	8326090455
4	ABRIL	$ 1.626.240	$ 241.800	8326732742
5	MAYO	$ 0	$ 0	0
6	JUNIO	$ 0	$ 0	0
7	JULIO	$ 0	$ 0	0
8	AGOSTO	$ 0	$ 0	0
9	SEPTIEMBRE	$ 0	$ 0	0
10	OCTUBRE	$ 0	$ 0	0
11	NOVIEMBRE	$ 0	$ 0	0
12	DICIEMBRE	$ 0	$ 0	0

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 7.927.920	$ 7.927.920	$ 5.844.300	$ 2.083.620

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL APOYO A LA GESTION DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2018-04-01 **Hasta:** 2018-04-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	Recibir y entregar el turno por paciente asignado	Informo sobre la evolucion y las actividades realizadas con el fin de proporionar al turno entrante
2	Realizar las actividades de enfermeria y las asignadas por el enfermero	Cumple con los procedimientos y protocolos hospitalarios del servicio, tendientes a promover la
3	Diligenciar los registros de enfermeria	Deja evidencia cientifica y legal de las actividades ejecutadas.
4	Aplicar los protocolos establecidos	Aplica los protocolos para prevenir la ocurrencia de infecciones intrahospitalarias en los pacientes y su
5	Informar al enfermero los cambios en la evolucion del paciente.	Suministro informacion al enfermero para toma de medidas óptimas de manejo médico - quirurgico
6	Asesorar al paciente y a la familia sobre el plan de cuidados post hospitalizacion.	Da informcion de facil comprension de los cuidados, ordenes medicas para dar continuidad al
7	Aplicar los procedimientos de bioseguridad, salud ocupacional, gestion	Aplico las normas de bioseguridad, se reporta eventos adversos.
8	Registrar y verificar el inventario de los elementos y equipos asignados y	Realizo inventerio por turno y revision mensual de los elementos del carro de paro y se informa estado y
9	Preparar la logistica requerida por el equipo de salud para brindar atencion	Proyecto la logistica requierida para brindar cuidado integral al paciente.
10	Atender y orientar a los pacientes y sus familiares en relacion con sus	Oriento a los pacientes y familiares según sus necesidades
11	Administrar los medicamentos de acuerdo con las tecnicas establecidas.	Administra medicamentos según la tecnica
12	0	0
13	0	0
14	0	0
15	0	0
16	0	0

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

Yuli Andrea Wilches
Firma del Contratista

C.C. 1.023.006.479 **de** Bogotá

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	NINI JOHANNA ALVAREZ RIVERA
CARGO:	ENFERMERA
FIRMA	

NINI JOHANNA ALVAREZ RIVERA
Enfermera
RCN 31125 RAA

Señor(es):	YULI ANDREA WILCHES MARIN
Nit:	CC 1023006479
Dirección:	DG 91 C SUR N 3 A 44 PISO 2
Teléfono:	7508664 **Fax:** 7508664
Ciudad:	BOGOTA, D.C.

Respetado(s) señor(es)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:

compensar | miplanilla.com

Nombre	YULI ANDREA WILCHES MA
Tipo y número de identificación	1023006479
Número de radicación planilla	8326732742
Fecha de pago	4/16/2018
Número de autorización de pago	20710408
Banco	1023
Valor Comisión	$0

Número de empleadas	1
Periodo cotización salud	Abril 2018
Periodo cotización pensión	Abril 2018
Periodo cotización caja	Abril 2018
Número de administradoras	3
Total Pagado	$241.800
Total interes mora	$0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	$19.100	1
230301	Porvenir	$125.000	1
EPS002	Salud Total EPS	$97.700	1

Aux. 192hv

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

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: 01

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 0847 2018	**C.D.P. No.:**	7	**Proceso al que pertenece:**	PROCESO ASISTENCIAL/ENFERMERIA
				Unidad a la que pertenece:	UNIDAD SANTA CLARA

Nombre del Contratista: YULI ANDREA WILCHES MARIN **C.C.** 1.023.006.479 **de:** 0

Fecha Inicio: 2018-01-10 **Fecha Terminación incial:** 2018-06-09 **Valor Mensual:** $ 1.880.340 **Valor a cobrar:** $ 1.880.340

ADICIÓN/ OTROSI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
0				
0				
0				
0				
SI	$ 1.473.780	2034	10 DE JUNIO DE 2018	09 DE JULIO DE 2018
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	ENERO	$ 1.168.860	$ 252.700	8324764585
2	FEBRERO	$ 1.422.960	$ 241.800	8325128380
3	MARZO	$ 1.626.240	$ 241.800	8326090455
4	ABRIL	$ 1.626.240	$ 241.800	8326732742
5	MAYO	$ 1.880.340	$ 241.800	8327386726
6	JUNIO	$ 0	$ 0	0
7	JULIO	$ 0	$ 0	0
8	AGOSTO	$ 0	$ 0	0
9	SEPTIEMBRE	$ 0	$ 0	0
10	OCTUBRE	$ 0	$ 0	0
11	NOVIEMBRE	$ 0	$ 0	0
12	DICIEMBRE	$ 0	$ 0	0

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 7.927.920	$ 9.401.700	$ 7.724.640	$ 1.677.060

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL APOYO A LA GESTION DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2018-05-01 **Hasta:** 2018-05-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	Recibir y entregar el turno por paciente asignado	Informo sobre la evolucion y las actividades realizadas con el fin de proporionar al turno entrante
2	Realizar las actividades de enfermeria y las asignadas por el enfermero	Cumple con los procedimientos y protocolos hospitalarios del servicio, tendientes a promover la
3	Diligenciar los registros de enfermeria	Deja evidencia cientifica y legal de las actividades ejecutadas.
4	Aplicar los protocolos establecidos	Aplica los protocolos para prevenir la ocurrencia de infecciones intrahospitalarias en los pacientes y su
5	Informar al enfermero los cambios en la evolucion del paciente.	Suministro informacion al enfermero para toma de medidas óptimas de manejo médico - quirurgico
6	Asesorar al paciente y a la familia sobre el plan de cuidados post hospitalizacion.	Da informcion de facil comprension de los cuidados, ordenes medicas para dar continuidad al
7	Aplicar los procedimientos de bioseguridad, salud ocupacional, gestion	Aplico las normas de bioseguridad, se reporta eventos adversos.
8	Registrar y verificar el inventario de los elementos y equipos asignados y	Realizo inventerio por turno y revision mensual de los elementos del carro de paro y se informa estado y
9	Preparar la logistica requerida por el equipo de salud para brindar atencion	Proyecto la logistica requierida para brindar cuidado integral al paciente.
10	Atender y orientar a los pacientes y sus familiares en relacion con sus	Oriento a los pacientes y familiares según sus necesidades
11	Administrar los medicamentos de acuerdo con las tecnicas establecidas.	Administra medicamentos según la tecnica
12	0	0
13	0	0
14	0	0
15	0	0
16	0	0

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

Firma del Contratista

C.C. 1.023.006.479 **de** Bogotá 0

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	NINI JOHANNA ALVAREZ RIVERA
CARGO:	ENFERMERA
FIRMA	

Señor(a): YULI ANDREA WILCHES MARIN
No. Identificación: CC 1023006479
Dirección: DG 91 C SUR N 3 A 44 PISO 2
Teléfono: 7508664 **Fax:** 7508664
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla 8327386726

CITE ESTE NUMERO PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Respetado señor(a)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:

compensar | miplanilla.com

Nombre	YULI ANDREA WILCHES MARIN
Tipo y Número de Identificación	CC 1023006479
Número Planilla	8327386726
Fecha de Pago	5/17/2018
Número de Autorización de Pago	41555083
Banco	1023
Valor Comisión	$0

Número de Empleados	1
Periodo Cotización Salud	Mayo 2018
Periodo Cotización Pensión	Mayo 2018
Periodo Cotización Caja	Mayo 2018
Número de Administradoras	3
Total Pagado	$241.800
Total interes Mora	$0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	$19.100	1
230301	Porvenir	$125.000	1
EPS002	Salud Total EPS	$97.700	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1023006479
APELLIDOS Y NOMBRES: WILCHES MARIN YULY ANDREA

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACIÓN SALUD	COTIZACIÓN PENSIÓN	COTIZACIÓN RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD
EPS002	230301	0	781.242	781.242	781.242	0	97.700	125.000	19.100	0

TIPO DOC.:
NO. DOCUMENTO:
APELLIDOS Y NOMBRES

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACIÓN SALUD	COTIZACIÓN PENSIÓN	COTIZACIÓN RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD

PAGADO 41555083

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

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: 01

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 0847 2018	**C.D.P. No.:**	7	**Proceso al que pertenece:**	PROCESO ASISTENCIAL/ENFERMERIA
				Unidad a la que pertenece:	UNIDAD SANTA CLARA

Nombre del Contratista: YULI ANDREA WILCHES MARIN **C.C.** 1.023.006.479 **de:** 0

Fecha Inicio: 2018-01-10 **Fecha Terminación incial:** 2018-06-09 **Valor Mensual:** $ 1.981.980 **Valor a cobrar:** $ 1.981.980

ADICIÓN/ OTROSI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
0				
0				
0				
0				
SI	$ 1.473.780	2034	10 DE JUNIO DE 2018	09 DE JULIO DE 2018
SI	$ 2.286.900	2354	10 DE JULIO DE 2018	9 DE AGOSTO DE 201
0				
0				
0				
0				
0				
0				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	ENERO	$ 1.168.860	$ 252.700	8324764585
2	FEBRERO	$ 1.422.960	$ 241.800	8325128380
3	MARZO	$ 1.626.240	$ 241.800	8326090455
4	ABRIL	$ 1.626.240	$ 241.800	8326732742
5	MAYO	$ 1.880.340	$ 241.800	8327386726
6	JUNIO	$ 1.981.980	$ 245.500	8328184975
7	JULIO	$ 0	$ 0	0
8	AGOSTO	$ 0	$ 0	0
9	SEPTIEMBRE	$ 0	$ 0	0
10	OCTUBRE	$ 0	$ 0	0
11	NOVIEMBRE	$ 0	$ 0	0
12	DICIEMBRE	$ 0	$ 0	0

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 7.927.920	$ 11.688.600	$ 9.706.620	$ 1.981.980

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL APOYO A LA GESTION DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2018-06-01 **Hasta:** 2018-06-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACION
1	Recibir y entregar el turno por paciente asignado	Informo sobre la evolucion y las actividades realizadas con el fin de proporionar al turno entrante
2	Realizar las actividades de enfermeria y las asignadas por el enfermero	Cumple con los procedimientos y protocolos hospitalarios del servicio, tendientes a promover la
3	Diligenciar los registros de enfermeria	Deja evidencia cientifica y legal de las actividades ejecutadas.
4	Aplicar los protocolos establecidos	Aplica los protocolos para prevenir la ocurrencia de infecciones intrahospitalarias en los pacientes y su
5	Informar al enfermero los cambios en la evolucion del paciente	Suministro informacion al enfermero para toma de medidas óptimas de manejo médico - quirurgico
6	Asesorar al paciente y a la familia sobre el plan de cuidados post hospitalizacion	Da informcion de facil comprension de los cuidados, ordenes medicas para dar continuidad al
7	Aplicar los procedimientos de bioseguridad, salud ocupacional, gestion	Aplico las normas de bioseguridad, se reporta eventos adversos.
8	Registrar y verificar el inventario de los elementos y equipos asignados y	Realizo inventerio por turno y revision mensual de los elementos del carro de paro y se informa estado y
9	Preparar la logistica requerida por el equipo de salud para brindar atencion	Proyecto la logistica requierida para brindar cuidado integral al paciente.
10	Atender y orientar a los pacientes y sus familiares en relacion con sus	Oriento a los pacientes y familiares según sus necesidades
11	Administrar los medicamentos de acuerdo con las tecnicas establecidas.	Administra medicamentos según la tecnica
12	0	0
13	0	0
14	0	0
15	0	0
16	0	0

Observaciones:

Se anexa certificacion 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

dwilches
Firma del Contratista

C.C. 1.023.006.479 **de** Bogotá

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	NINI JOHANNA ALVAREZ RIVERA
CARGO:	ENFERMERA
FIRMA	

Nini J. Alvarez R.
Enfermera Jefe
RQAA81125

Señor(a): YULI ANDREA WILCHES MARIN
No. Identificación: CC 1023006479
Dirección: DG 91 C SUR N 3 A 44 PISO 2
Teléfono: 7508664 **Fax:** 7508664
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla 8328184975

CITE ESTE NUMERO PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Respetado señor(a)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:

compensar | miplanilla.com

Nombre	YULI ANDREA WILCHES MARIN
Tipo y Número de Identificación	CC 1023006479
Número Planilla	8328184975
Fecha de Pago	6/13/2018
Número de Autorización de Pago	56260849
Banco	1023
Valor Comisión	$0

Número de Empleados	1
Periodo Cotización Salud	Junio 2018
Periodo Cotización Pensión	Junio 2018
Periodo Cotización Caja	Junio 2018
Número de Administradoras	3
Total Pagado	$245.500
Total Interes Mora	$0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	$19.400	1
230301	Porvenir	$126.900	1
EPS002	Salud Total EPS	$99.200	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1023006479
APELLIDOS Y NOMBRES WILCHES MARIN YULY ANDREA

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACIÓN SALUD	COTIZACIÓN PENSIÓN	COTIZACIÓN RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD
EPS002	230301	0	793.000	793.000	793.000	0	99.200	126.900	19.400	0

TIPO DOC.:
NO. DOCUMENTO:
APELLIDOS Y NOMBRES

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACIÓN SALUD	COTIZACIÓN PENSIÓN	COTIZACIÓN RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD

Aux 2,34 h

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

Secretaría Distrital 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: 01

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO OPS:	PS 0847 2018	**C.D.P. No.:**	7	**Proceso al que pertenece:**	PROCESO ASISTENCIAL/ENFERMERIA
				Unidad a la que pertenece:	UNIDAD SANTA CLARA

Nombre del Contratista: YULI ANDREA WILCHES MARIN **C.C.** 1.023.006.479 **de:** 0

Fecha Inicio: 2018-01-10 **Fecha Terminación incial:** 2018-06-09 **Valor Mensual:** $ 1.778.700 **Valor a cobrar:** $ 1.778.700

ADICIÓN/ OTROSÍ	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
0				
0				
0				
0				
SI	$ 1.373.780	2034	10 DE JUNIO DE 2018	09 DE JULIO DE 2018
SI	$ 2.286.900	2354	10 DE JULIO DE 2018	9 DE AGOSTO DE 201
0				
0				
0				
0				
0				
0				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	ENERO	$ 1.168.860	$ 252.700	8324764585
2	FEBRERO	$ 1.422.960	$ 241.800	8325128380
3	MARZO	$ 1.626.240	$ 241.800	8326090455
4	ABRIL	$ 1.626.240	$ 241.800	8326732742
5	MAYO	$ 1.880.340	$ 241.800	8327386726
6	JUNIO	$ 1.981.980	$ 245.500	8328184975
7	JULIO	$ 1.778.700	$ 241.800	8328679923
8	AGOSTO	$ 0	$ 0	0
9	SEPTIEMBRE	$ 0	$ 0	0
10	OCTUBRE	$ 0	$ 0	0
11	NOVIEMBRE	$ 0	$ 0	0
12	DICIEMBRE	$ 0	$ 0	0

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 7.927.920	$ 11.688.600	$ 11.485.320	$ 203.280

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL APOYO A LA GESTION DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2018-07-01 **Hasta:** 2018-07-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACION
1	Recibir y entregar el turno por paciente asignado	Informo sobre la evolucion y las actividades realizadas con el fin de proporionar al turno entrante
2	Realizar las actividades de enfermeria y las asignadas por el enfermero	Cumple con los procedimientos y protocolos hospitalarios del servicio, tendientes a promover la
3	Diligenciar los registros de enfermeria	Deja evidencia cientifica y legal de las actividades ejecutadas.
4	Aplicar los protocolos establecidos	Aplica los protocolos para prevenir la ocurrencia de infecciones intrahospitalarias en los pacientes y su
5	Informar al enfermero los cambios en la evolucion del paciente.	Suministro informacion al enfermero para toma de medidas óptimas de manejo médico - quirurgico
6	Asesorar al paciente y a la familia sobre el plan de cuidados post hospitalizacion.	Da informcion de facil comprension de los cuidados, ordenes medicas para dar continuidad al
7	Aplicar los procedimientos de bioseguridad, salud ocupacional, gestion	Aplico las normas de bioseguridad, se reporta eventos adversos.
8	Registrar y verificar el inventario de los elementos y equipos asignados y	Realizo inventerio por turno y revision mensual de los elementos del carro de paro y se informa estado y
9	Preparar la logistica requerida por el equipo de salud para brindar atencion	Proyecto la logistica requierida para brindar cuidado integral al paciente
10	Atender y orientar a los pacientes y sus familiares en relacion con sus	Oriento a los pacientes y familiares según sus necesidades
11	Administrar los medicamentos de acuerdo con las tecnicas establecidas.	Administra medicamentos según la tecnica
12	0	0
13	0	0
14	0	0
15	0	0
16	0	0

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

Clara Wilches Marin
Firma del Contratista

C.C. 1.023.006.479 **de** 0

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS

NOMBRE:	NINI JOHANNA ALVAREZ RIVERA
CARGO:	ENFERMERA
FIRMA	

Nini J. Álvarez R.
Enfermera Jefe
RUA 31125

Señor(a): YULI ANDREA WILCHES MARIN
No. Identificación: CC 1023006479
Dirección: DG 91 C SUR N 3 A 44 PISO 2
Teléfono: 7508664 **Fax:** 7508664
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla 8328679923

CITE ESTE NUMERO PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Respetado señor(a)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:

compensar | miplanilla.com

Nombre	YULI ANDREA WILCHES MARIN
Tipo y Número de Identificación	CC 1023006479
Número Planilla	8328679923
Fecha de Pago	7/10/2018
Número de Autorización de Pago	71637316
Banco	1023
Valor Comisión	$0

Número de Empleados	1
Periodo Cotización Salud	Julio 2018
Periodo Cotización Pensión	Julio 2018
Periodo Cotización Caja	Julio 2018
Número de Administradoras	3
Total Pagado	$241.800
Total interes Mora	$0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolívar S.A.	$19.100	1
230301	Porvenir	$125.000	1
EPS002	Salud Total EPS	$97.700	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1023006479
APELLIDOS Y NOMBRES WILCHES MARIN YULI ANDREA

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC CAJA	DÍAS COTIZADOS	COTIZACIÓN SALUD	COTIZACIÓN PENSIÓN	COTIZACIÓN RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD
EPS002	230301	0	781.242	[illegible]	[illegible]	0	97.700	125.000	19.100	0

TIPO DOC.:
NO. DOCUMENTO:
APELLIDOS Y NOMBRES

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC CAJA	DÍAS COTIZADOS	COTIZACIÓN SALUD	COTIZACIÓN PENSIÓN	COTIZACIÓN RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD

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

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: 01

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 0847 2018	**C.D.P. No.:**	7	**Proceso al que pertenece:**	PROCESO ASISTENCIAL/ENFERMERIA
				Unidad a la que pertenece:	UNIDAD SANTA CLARA

Nombre del Contratista: YULI ANDREA WILCHES MARIN **C.C.** 1.023.006.479 **de:** 0

Fecha Inicio: 2018-01-10 **Fecha Terminación incial:** 2018-06-09 **Valor Mensual:** $ 1.575.420 **Valor a cobrar:** $ 1.575.420

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
0				
0				
0				
0				
SI	$ 1.473.780	2034	10 DE JUNIO DE 2018	09 DE JULIO DE 2018
SI	$ 2.286.900	2354	10 DE JULIO DE 2018	9 DE AGOSTO DE 201
SI	$ 2.371.600	2668	0 DE AGOSTO DE 201	DE SEPTIEMBRE DE 2
0				
0				
0				
0				
0				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	ENERO	$ 1.168.860	$ 252.700	8324764585
2	FEBRERO	$ 1.422.960	$ 241.800	8325128380
3	MARZO	$ 1.626.240	$ 241.800	8326090455
4	ABRIL	$ 1.626.240	$ 241.800	8326732742
5	MAYO	$ 1.880.340	$ 241.800	8327386726
6	JUNIO	$ 1.981.980	$ 245.500	8328184975
7	JULIO	$ 1.778.700	$ 241.800	8328679923
8	AGOSTO	$ 1.575.420	$ 241.800	8329316286
9	SEPTIEMBRE	$ 0	$ 0	0
10	OCTUBRE	$ 0	$ 0	0
11	NOVIEMBRE	$ 0	$ 0	0
12	DICIEMBRE	$ 0	$ 0	0

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 7.927.920	$ 14.060.200	$ 13.060.740	$ 999.460

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL APOYO A LA GESTION DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2018-08-01 **Hasta:** 2018-08-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	Recibir y entregar el turno por paciente asignado	Informo sobre la evolucion y las actividades realizadas con el fin de proporionar al turno entrante
2	Realizar las actividades de enfermeria y las asignadas por el enfermero	Cumple con los procedimientos y protocolos hospitalarios del servicio, tendientes a promover la
3	Diligenciar los registros de enfermeria	Deja evidencia cientifica y legal de las actividades ejecutadas.
4	Aplicar los protocolos establecidos	Aplica los protocolos para prevenir la ocurrencia de infecciones intrahospitalarias en los pacientes y su
5	Informar al enfermero los cambios en la evolucion del paciente	Suministro informacion al enfermero para toma de medidas óptimas de manejo médico - quirurgico
6	Asesorar al paciente y a la familia sobre el plan de cuidados post hospitalizacion	Da informcion de facil comprension de los cuidados, ordenes medicas para dar continuidad al
7	Aplicar los procedimientos de bioseguridad, salud ocupacional, gestion	Aplico las normas de bioseguridad, se reporta eventos adversos.
8	Registrar y verificar el inventario de los elementos y equipos asignados y	Realizo inventerio por turno y revision mensual de los elementos del carro de paro y se informa estado y
9	Preparar la logistica requerida por el equipo de salud para brindar atencion	Proyecto la logistica requierida para brindar cuidado integral al paciente.
10	Atender y orientar a los pacientes y sus familiares en relacion con sus	Oriento a los pacientes y familiares según sus necesidades
11	Administrar los medicamentos de acuerdo con las tecnicas establecidas	Administra medicamentos según la tecnica
12	0	0
13	0	0
14	0	0
15	0	0
16	0	0

Observaciones:

Yuli Andrea Wilches
Firma del Contratista

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

C.C. 1.023.006.479 **de** Bogotá

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	NINI JOHANNA ALVAREZ RIVERA
CARGO:	ENFERMERA
FIRMA	Nini Johanna Alvarez Rivera Enfermera Jefe RUN 3[illegible]25

41

Señor(es): YULI ANDREA WILCHES MARIN
Nit: CC 1023006479
Dirección: DG 91 C SUR N 3 A 44 PISO 2
Teléfono: 7508664 **Fax:** 7508664
Ciudad: BOGOTA, D.C.

Respetado(s) señor(es)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:

compensar | miplanilla.com

Nombre	YULI ANDREA WILCHES MA
Tipo y número de identificación	1023006479
Número de radicación planilla	8329316286
Fecha de pago	8/21/2018
Número de autorización de pago	7181869
Banco	1023
Valor Comisión	$0

Número de empleados	1
Periodo cotización salud	Agosto 2018
Periodo cotización pensión	Agosto 2018
Periodo cotización caja	Agosto 2018
Número de administradoras	3
Total Pagado	$241.800
Total Interes mora	$0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A	$19.100	1
230301	Porvenir	$125.000	1
EPS002	Salud Total EPS	$97.700	1

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

Aut 1864

Planillas / Resumen de pago

Información básica de la planilla

Empresa:	YULI ANDREA WILCHES MARIN	**Nit:**	1023006479
Tipo planilla:	I	**Periodo liquidación Pensiones**	Agosto 2018
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	Agosto 2018
Número de radicación:	8329316286	**Total a pagar:**	$241,800
Fecha de vencimiento:	21/08/2018	**Total de empleados:**	1
Fecha de pago:	21/08/2018	**Número de administradoras:**	3

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	**Nit recaudo:**	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	**Medio de pago:**	Pago en Cajas
Banco:	1023	**Número de aprobación:**	7181869
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Totales

Código	NIT	Administradoras	No. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total pagado
14-7	860002503	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	1		$0.00	$19,100
230301	800224808	Porvenir	1		$0.00	$125,000
EPS002	800130907	Salud Total EPS	1		$0.00	$97,700
						$241,800

*Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos

»Ver planillas pagadas

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

Exportar reporte a Excel Exportar reporte a PDF

Imprimir transacción

Todos los derechos reservados © 2018 , Compensar - Cenet S.A.

compensar | miplanilla.com Comfenalco Valle delagente certicámara

Powered by Cenet Edinet

Acerca de los certificados SSL

ISO / IEC 27001 icontec Certificado Nº SI 206

SEGUROS BOLÍVAR

Consultas > Consulta Publica ARL > Afiliación trabajador

CONSULTE SU AFILIACIÓN A LA ARL BOLÍVAR

Por favor ingrese **la información solicitada.**

** Campos obligatorios*

Tipo de Documento *

Número de Documento *

La persona identificada con CC-1023006479 tiene afiliación vigente con la ARL Seguros Bolivar

edr73

Confirmar imagen *

CONSULTAR

Yuli · wilches.

© 2016 - Seguros Bolívar
Todos los derechos reservados 2016

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: 01

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO – OPS:	PS 0847 2018	**C.D.P. No.:**	7	**Proceso al que pertenece:**	PROCESO ASISTENCIAL/ENFERMERIA
				Unidad a la que pertenece:	UNIDAD SANTA CLARA

Nombre del Contratista: YULI ANDREA WILCHES MARIN **C.C.** 1.023.006.479 **de:** 0

Fecha Inicio: 2018-01-10 **Fecha Terminación incial:** 2018-06-09 **Valor Mensual:** $ 1.473.780 **Valor a cobrar:** $ 1.473.780

ADICIÓN/ OTROSI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
0				
0				
0				
0				
SI	$ 1.473.780	2034	10 DE JUNIO DE 2018	09 DE JULIO DE 2018
SI	$ 2.286.900	2354	10 DE JULIO DE 2018	9 DE AGOSTO DE 201
SI	$ 2.371.600	2668	0 DE AGOSTO DE 201	DE SEPTIEMBRE DE 2
SI	$ 1.948.100	2950	DE SEPTIEMBRE DE 2	DE OCTUBRE DE 20
0				
0				
0				
0				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	ENERO	$ 1.168.860	$ 252.700	8324764585
2	FEBRERO	$ 1.422.960	$ 241.800	8325128380
3	MARZO	$ 1.626.240	$ 241.800	8326090455
4	ABRIL	$ 1.626.240	$ 241.800	8326732742
5	MAYO	$ 1.880.340	$ 241.800	8327386726
6	JUNIO	$ 1.981.980	$ 245.500	8328184975
7	JULIO	$ 1.778.700	$ 241.800	8328679923
8	AGOSTO	$ 1.575.420	$ 241.800	8329316286
9	SEPTIEMBRE	$ 1.473.780	$ 241.800	8330032238
10	OCTUBRE	$ 0	$ 0	0
11	NOVIEMBRE	$ 0	$ 0	0
12	DICIEMBRE	$ 0	$ 0	0

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 7.927.920	$ 16.008.300	$ 14.534.520	$ 1.473.780

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL APOYO A LA GESTION DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2018-09-01 **Hasta:** 2018-09-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACION
1	Recibir y entregar el turno por paciente asignado	Informo sobre la evolución y las actividades realizadas con el fin de proporionar al turno entrante
2	Realizar las actividades de enfermeria y las asignadas por el enfermero	Cumple con los procedimientos y protocolos hospitalarios del servicio, tendientes a promover la
3	Diligenciar los registros de enfermeria	Deja evidencia científica y legal de las actividades ejecutadas.
4	Aplicar los protocolos establecidos	Aplica los protocolos para prevenir la ocurrencia de infecciones intrahospitalarias en los pacientes y su
5	Informar al enfermero los cambios en la evolución del paciente.	Suministro información al enfermero para toma de medidas óptimas de manejo médico - quirúrgico
6	Asesorar al paciente y a la familia sobre el plan de cuidados post hospitalización	Da información de fácil comprensión de los cuidados, ordenes medicas para dar continuidad al
7	Aplicar los procedimientos de bioseguridad, salud ocupacional, gestion	Aplico las normas de bioseguridad, se reporta eventos adversos.
8	Registrar y verificar el inventario de los elementos y equipos asignados y	Realizo inventerio por turno y revision mensual de los elementos del carro de paro y se informa estado y
9	Preparar la logistica requerida por el equipo de salud para brindar atención	Proyecto la logistica requierida para brindar cuidado integral al paciente.
10	Atender y orientar a los pacientes y sus familiares en relación con sus	Oriento a los pacientes y familiares según sus necesidades
11	Administrar los medicamentos de acuerdo con las técnicas establecidas.	Administra medicamentos según la tecnica
12	0	0
13	0	0
14	0	0
15	0	0
16	0	0

Observaciones:

Se anexa certificacion 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

Yuli wilches Marin
Firma del Contratista

C.C. 1.023.006.479 **de** Bogotá

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS

NOMBRE:	NINI JOHANNA ALVAREZ RIVERA
CARGO:	ENFERMERA
FIRMA	

Nini J. Alvarez R.
Enfermera Jefe
RM 131125

Señor(a): YULI ANDREA WILCHES MARIN
No. Identificación: CC 1023006479
Dirección: DG 91 C SUR N 3 A 44 PISO 2
Teléfono: 7508664 **Fax:** 7508664
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla 8330032238

CITE ESTE NUMERO PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Respetado señor(a)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:

compensar miplanilla.com

Nombre	YULI ANDREA WILCHES MARIN
Tipo y Número de Identificación	CC 1023006479
Número Planilla	8330032238
Fecha de Pago	9/14/2018
Número de Autorización de Pago	97133670
Banco	1023
Valor Comisión	$0

Número de Empleados	1
Periodo Cotización Salud	Septiembre 2018
Periodo Cotización Pensión	Septiembre 2018
Periodo Cotización Caja	Septiembre 2018
Número de Administradoras	3
Total Pagado	$241.800
Total Interes Mora	$0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	$19.100	1
230301	Porvenir	$125.000	1
EPS002	Salud Total EPS	$97.700	1

TIPO DOC.:	CC
NO. DOCUMENTO:	1023006479
APELLIDOS Y NOMBRES	WILCHES MARIN YULY ANDREA

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACION SALUD	COTIZACION PENSION	COTIZACION RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD
EPS002	230301	0	781.242	781.242	781.242	0	97.700	125.000	19.100	0

TIPO DOC.	
NO. DOCUMENTO	
APELLIDOS Y NOMBRES	

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACION SALUD	COTIZACION PENSION	COTIZACION RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD

AUX 1744

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

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-011
VERSIÓN: 01

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO OPS:	PS 0847 2018	**C.D.P. No.:**	7	**Proceso al que pertenece:**	PROCESO ASISTENCIAL/ENFERMERIA
				Unidad a la que pertenece:	UNIDAD SANTA CLARA

Nombre del Contratista: YULI ANDREA WILCHES MARIN **C.C.** 1.023.006.479 **de:** 0

Fecha Inicio: 2018-01-10 **Fecha Terminación incial:** 2018-06-09 **Valor Mensual:** $ 1.880.340 **Valor a cobrar:** $ 1.880.340

ADICION/ OTROSI	VALOR ADICION	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
0				
0				
0				
0				
SI	$ 1.173.780	2034	10 DE JUNIO DE 2018	09 DE JULIO DE 2018
SI	$ 2.286.900	2354	10 DE JULIO DE 2018	9 DE AGOSTO DE 201
SI	$ 2.371.600	2668	0 DE AGOSTO DE 201	DE SEPTIEMBRE DE 2
SI	$ 1.948.100	2950	DE SEPTIEMBRE DE 2	DE OCTUBRE DE 20
SI	$ 609.840	3519	DE OCTUBRE DE 20	DE DICIEMBRE DE 2
0				
0				
0				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NUMERO DE PLANILLA
1	ENERO	$ 1.168.860	$ 252.700	8324764585
2	FEBRERO	$ 1.422.960	$ 241.800	8325128380
3	MARZO	$ 1.626.240	$ 241.800	8326090455
4	ABRIL	$ 1.626.240	$ 241.800	8326732742
5	MAYO	$ 1.880.340	$ 241.800	8327386726
6	JUNIO	$ 1.981.980	$ 245.500	8328184975
7	JULIO	$ 1.778.700	$ 241.800	8328679923
8	AGOSTO	$ 1.575.420	$ 241.800	8329316286
9	SEPTIEMBRE	$ 1.473.780	$ 241.800	8330032238
10	OCTUBRE	$ 1.880.340	$ 241.800	8330032238
11	NOVIEMBRE	$ 0	$ 0	0
12	DICIEMBRE	$ 0	$ 0	0

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 7.927.920	$ 16.618.140	$ 16.414.860	$ 203.280

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL APOYO A LA GESTION DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2018-10-01 **Hasta:** 2018-10-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACION
1	Recibir y entregar el turno por paciente asignado	Informo sobre la evolución y las actividades realizadas con el fin de proporionar al turno entrante
2	Realizar las actividades de enfermeria y las asignadas por el enfermero	Cumple con los procedimientos y protocolos hospitalarios del servicio, tendientes a promover la
3	Diligenciar los registros de enfermeria	Deja evidencia cientifica y legal de las actividades ejecutadas.
4	Aplicar los protocolos establecidos	Aplica los protocolos para prevenir la ocurrencia de infecciones intrahospitalarias en los pacientes y su
5	Informar al enfermero los cambios en la evolución del paciente.	Suministro información al enfermero para toma de medidas óptimas de manejo médico - quirúrgico
6	Asesorar al paciente y a la familia sobre el plan de cuidados post hospitalización.	Da información de fácil comprensión de los cuidados, ordenes medicas para dar continuidad al
7	Aplicar los procedimientos de bioseguridad, salud ocupacional, gestion	Aplico las normas de bioseguridad, se reporta eventos adversos.
8	Registrar y verificar el inventario de los elementos y equipos asignados y	Realizo inventerio por turno y revision mensual de los elementos del carro de paro y se informa estado y
9	Preparar la logistica requerida por el equipo de salud para brindar atención	Proyecto la logistica requierida para brindar cuidado integral al paciente
10	Atender y orientar a los pacientes y sus familiares en relación con sus	Oriento a los pacientes y familiares según sus necesidades
11	Administrar los medicamentos de acuerdo con las técnicas establecidas.	Administra medicamentos según la tecnica
12	0	0
13	0	0
14	0	0
15	0	0
16	0	0

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

Yuli Wilches M.
Firma del Contratista

C.C. 1.023.006.479 **de** Bogotá D.C.

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS

NOMBRE:	NINI JOHANNA ALVAREZ RIVERA
CARGO:	ENFERMERA
FIRMA	

Nini J. Alvarez R.
Enfermera Jefe
RUE 1125

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): YULI ANDREA WILCHES MARIN
No. Identificación: CC1023006479
Dirección: DG 91 C SUR N 3 A 44 PISO 2
Telefono: 7508664
Correo: YILYANDRE925@HOTMAIL.COM
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8330032238

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	YULI ANDREA WILCHES MARIN
Tipo y número de identificación	CC1023006479
Número de planilla	8330032238
Fecha pago	2018-09-14
Número de autorización pago	97133670
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	septiembre de 2018
Periodo de Cotización Pensión	septiembre de 2018
Número de Administradoras	3
Total Pagado	241800
Total Intereses de Mora	0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	19100	1
230301	Porvenir	125000	1
EPS002	Salud Total EPS	97700	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1023006479
APELLIDOS Y NOMBRES: YULI ANDREA WILCHES MARIN

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS002	230301	781242	781242	781242	0	97700	0	125000	0	19100	0

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

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: 01

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 0847 2018	**C.D.P. No.:**	7	**Proceso al que pertenece:**	PROCESO ASISTENCIAL/ENFERMERIA
				Unidad a la que pertenece:	UNIDAD SANTA CLARA

Nombre del Contratista: YULI ANDREA WILCHES MARIN **C.C.** 1.023.006.479 **de:** 0

Fecha Inicio: 2018-01-10 **Fecha Terminación incial:** 2018-06-09 **Valor Mensual:** $ 1.727.880 **Valor a cobrar:** $ 1.727.880

ADICIÓN/ OTROSI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
0				
0				
0				
0				
SI	$ 1.473.780	2034	10 DE JUNIO DE 2018	09 DE JULIO DE 2018
SI	$ 2.286.900	2354	10 DE JULIO DE 2018	9 DE AGOSTO DE 201
SI	$ 2.371.600	2668	0 DE AGOSTO DE 201	DE SEPTIEMBRE DE 2
SI	$ 1.948.100	2950	DE SEPTIEMBRE DE 2	DE OCTUBRE DE 20
SI	$ 609.840	3519	DE OCTUBRE DE 20	DE DICIEMBRE DE 2
SI	$ 2.286.900	3746	DE NOVIEMBRE DE 2	DE DICIEMBRE DE 2
SI	$ 2.286.900	4035	DE DICIEMBRE DE 2	15 DE ENERO DE 201
0				

N° CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	ENERO	$ 1.168.860	$ 252.700	8324764585
2	FEBRERO	$ 1.422.960	$ 241.800	8325128380
3	MARZO	$ 1.626.240	$ 241.800	8326090455
4	ABRIL	$ 1.626.240	$ 241.800	8326732742
5	MAYO	$ 1.880.340	$ 241.800	8327386726
6	JUNIO	$ 1.981.980	$ 245.500	8328184975
7	JULIO	$ 1.778.700	$ 241.800	8328679923
8	AGOSTO	$ 1.575.420	$ 241.800	8329316286
9	SEPTIEMBRE	$ 1.473.780	$ 241.800	8330032238
10	OCTUBRE	$ 1.880.340	$ 241.800	8330032238
11	NOVIEMBRE	$ 1.880.340	$ 241.800	8331044666
12	DICIEMBRE	$ 1.727.880	$ 241.800	8331692699

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 7.927.920	$ 21.191.940	$ 20.023.080	$ 1.168.860

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL APOYO A LA GESTION DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2018-12-01 **Hasta:** 2018-12-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	Recibir y entregar el turno por paciente asignado	Informo sobre la evolución y las actividades realizadas con el fin de proporionar al turno entrante
2	Realizar las actividades de enfermeria y las asignadas por el enfermero	Cumple con los procedimientos y protocolos hospitalarios del servicio, tendientes a promover la
3	Diligenciar los registros de enfermeria	Deja evidencia cientifica y legal de las actividades ejecutadas.
4	Aplicar los protocolos establecidos	Aplica los protocolos para prevenir la ocurrencia de infecciones intrahospitalarias en los pacientes y su
5	Informar al enfermero los cambios en la evolución del paciente.	Suministro información al enfermero para toma de medidas óptimas de manejo médico - quirúrgico
6	Asesorar al paciente y a la familia sobre el plan de cuidados post hospitalización.	Da información de fácil comprensión de los cuidados, ordenes medicas para dar continuidad al
7	Aplicar los procedimientos de bioseguridad, salud ocupacional, gestion	Aplico las normas de bioseguridad, se reporta eventos adversos.
8	Registrar y verificar el inventario de los elementos y equipos asignados y	Realizo inventerio por turno y revision mensual de los elementos del carro de paro y se informa estado y
9	Preparar la logistica requerida por el equipo de salud para brindar atención	Proyecto la logistica requierida para brindar cuidado integral al paciente.
10	Atender y orientar a los pacientes y sus familiares en relación con sus	Oriento a los pacientes y familiares según sus necesidades
11	Administrar los medicamentos de acuerdo con las técnicas establecidas.	Administra medicamentos según la tecnica
12	0	0
13	0	0
14	0	0
15	0	0
16	0	0

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

yuli wilches
Firma del Contratista

C.C. 1.023.006.479 **de** 0

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	NINI JOHANNA ALVAREZ RIVERA
CARGO:	ENFERMERA
FIRMA	

Enfermera

37

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): YULI ANDREA WILCHES MARIN
No. Identificación: CC1023006479
Dirección: DG 91 C SUR N 3 A 44 PISO 2
Telefono: 7508664
Correo: YILYANDRE925@HOTMAIL.COM
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8331692699

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	YULI ANDREA WILCHES MARIN
Tipo y número de identificación	CC1023006479
Número de planilla	8331692699
Fecha pago	2018-12-17
Número de autorización pago	53382552
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	noviembre de 2018
Periodo de Cotización Pensión	noviembre de 2018
Número de Administradoras	3
Total Pagado	241800
Total Intereses de Mora	0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	19100	1
230301	Porvenir	125000	1
EPS002	Salud Total EPS	97700	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1023006479
APELLIDOS Y NOMBRES: YULI ANDREA WILCHES MARIN

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS002	230301	781242	781242	781242	0	97700	0	125000	0	19100	0

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

AUT 204 hrs

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: 01

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 0847 2018	**C.D.P. No.:**	7	**Proceso al que pertenece:**	PROCESO ASISTENCIAL/ENFERMERIA
				Unidad a la que pertenece:	UNIDAD SANTA CLARA

Nombre del Contratista: YULI ANDREA WILCHES MARIN **C.C.** 1.023.006.479 **de:** 0

Fecha Inicio: 2018-01-10 **Fecha Terminación incial:** 2018-06-09 **Valor Mensual:** $ 1.829.520 **Valor a cobrar:** $ 1.829.520

ADICIÓN/ OTROSI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
0				
0				
0				
0				
SI	$ 1.473.780	2034	10 DE JUNIO DE 2018	09 DE JULIO DE 2018
SI	$ 2.286.900	2354	10 DE JULIO DE 2018	9 DE AGOSTO DE 201
SI	$ 2.371.600	2668	0 DE AGOSTO DE 20	DE SEPTIEMBRE DE 2
SI	$ 1.948.100	2950	DE SEPTIEMBRE DE 2	DE OCTUBRE DE 20
SI	$ 609.840	3519	DE OCTUBRE DE 20	DE DICIEMBRE DE 2
SI	$ 2.286.900	3746	DE NOVIEMBRE DE 2	DE DICIEMBRE DE 2
SI	$ 2.286.900	4035	DE DICIEMBRE DE 2	5 DE ENERO DE 201
SI	$ 660.660	61	6 DE ENERO DE 201	31 DE ENERO DE 201

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	ENERO	$ 1.168.860	$ 252.700	8324764585
2	FEBRERO	$ 1.422.960	$ 241.800	8325128380
3	MARZO	$ 1.626.240	$ 241.800	8326090455
4	ABRIL	$ 1.626.240	$ 241.800	8326732742
5	MAYO	$ 1.880.340	$ 241.800	8327386726
6	JUNIO	$ 1.981.980	$ 245.500	8328184975
7	JULIO	$ 1.778.700	$ 241.800	8328679923
8	AGOSTO	$ 1.575.420	$ 241.800	8329316286
9	SEPTIEMBRE	$ 1.473.780	$ 241.800	8330032238
10	OCTUBRE	$ 1.880.340	$ 241.800	8330032238
11	NOVIEMBRE	$ 1.880.340	$ 241.800	8331044666
12	DICIEMBRE	$ 1.727.880	$ 241.800	8331692699
1	ENERO	$ 1.829.520	$ 241.800	8332181113

Resumen de contrato	VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
	$ 7.927.920	$ 21.852.600	$ 21.852.600	$ 0

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL APOYO A LA GESTION DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2019-01-01 **Hasta:** 2019-01-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	Recibir y entregar el turno por paciente asignado	Informo sobre la evolución y las actividades realizadas con el fin de proporionar al turno entrante
2	Realizar las actividades de enfermería y las asignadas por el enfermero	Cumple con los procedimientos y protocolos hospitalarios del servicio, tendientes a promover la
3	Diligenciar los registros de enfermería	Deja evidencia científica y legal de las actividades ejecutadas.
4	Aplicar los protocolos establecidos	Aplica los protocolos para prevenir la ocurrencia de infecciones intrahospitalarias en los pacientes y su
5	Informar al enfermero los cambios en la evolución del paciente.	Suministro información al enfermero para toma de medidas óptimas de manejo médico - quirúrgico
6	Asesorar al paciente y a la familia sobre el plan de cuidados post hospitalización.	Da información de fácil comprensión de los cuidados, ordenes medicas para dar continuidad al
7	Aplicar los procedimientos de bioseguridad, salud ocupacional, gestion	Aplico las normas de bioseguridad, se reporta eventos adversos.
8	Registrar y verificar el inventario de los elementos y equipos asignados y	Realizo inventerio por turno y revision mensual de los elementos del carro de paro y se informa estado y
9	Preparar la logistica requerida por el equipo de salud para brindar atención	Proyecto la logistica requierida para brindar cuidado integral al paciente.
10	Atender y orientar a los pacientes y sus familiares en relación con sus	Oriento a los pacientes y familiares según sus necesidades
11	Administrar los medicamentos de acuerdo con las técnicas establecidas.	Administra medicamentos según la tecnica
12	0	0
13	0	0
14	0	0
15	0	0
16	0	0

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

Yuli Andrea Wilches
Firma del Contratista

C.C. 1.023.006.479 **de** Bogotá D

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	NINI JOHANNA ALVAREZ RIVERA
CARGO:	ENFERMERA Enfermera Jefe Coordinación Urgencias
FIRMA	RUN 31125

Señor(a): YULI ANDREA WILCHES MARIN
No. Identificación: CC 1023006479
Dirección: DG 91 C SUR N 3 A 44 PISO 2
Teléfono: 7508664 **Fax:** 7508664
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla 8332181113

CITE ESTE NUMERO PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Respetado señor(a)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:

compensar | miplanilla.com

Nombre	YULI ANDREA WILCHES MARIN
Tipo y Número de Identificación	CC 1023006479
Número Planilla	8332181113
Fecha de Pago	1/14/2019
Número de Autorización de Pago	66159778
Banco	1023
Valor Comisión	$0

Número de Empleados	1
Periodo Cotización Salud	Diciembre 2018
Periodo Cotización Pensión	Diciembre 2018
Periodo Cotización Caja	Diciembre 2018
Número de Administradoras	3
Total Pagado	$241.800
Total interes Mora	$0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	$19.100	1
230301	Porvenir	$125.000	1
EPS002	Salud Total EPS	$97.700	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1023006479
APELLIDOS Y NOMBRES WILCHES MARIN YULY ANDREA

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACIÓN SALUD	COTIZACIÓN PENSIÓN	COTIZACIÓN RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD
EPS002	230301	0	781.242	781.242	781.242	0	97.700	125.000	19.100	0

TIPO DOC.:
NO. DOCUMENTO:
APELLIDOS Y NOMBRES

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACIÓN SALUD	COTIZACIÓN PENSIÓN	COTIZACIÓN RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD

Aux 240hrs

PAGADO 66159778

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