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 0854 2018	**C.D.P. No.:**	7	**Proceso al que pertenece:**	PROCESO ASISTENCIAL/ENFERMERIA
				Unidad a la que pertenece:	UNIDAD SANTA CLARA

Nombre del Contratista: ADRIANA CHAVARRO PARADA **C.C.** 52.463.980 **de:** 0

Fecha Inicio: 2018-01-10 **Fecha Terminación incial:** 2018-06-09 **Valor Mensual:** $ 1.524.600 **Valor a cobrar:** $ 1.524.600

ADICIÓN/ OTROSI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
0				
0				
0				
0				
SI	$ 1.067.220	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	$ 728.420	$ 228.400	184489700
2	FEBRERO	$ 1.422.960	$ 241.800	184784346
3	MARZO	$ 1.880.340	$ 241.800	185602497
4	ABRIL	$ 1.575.420	$ 241.800	186121182
5	MAYO	$ 1.524.600	$ 241.800	186523302
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
$ 8.097.320	$ 9.164.540	$ 7.131.740	$ 2.032.800

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

Adriana Chavarro
Firma del Contratista

C.C. 52.463.980 **de** Bogotá 0

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

SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Banco de [illegible]

AUT 4091

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

CACIÓN
AZÓN SOCIAL
IPIO
NTE
IA
ESENTACION
EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA)

CEDULA DE CIUDADANIA NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN
BOGOTA DISTRITO CAPITAL DEPARTAMENTO
CALLE46 -86-41 S TELÉFONO
02-INDEPENDIENTE CLASE APORTANTE
PRIVADA ACTIVIDAD ECONÓMICA
UNICO

52463980
ADRIANA CHAVARRO PARADA CHAVARRO
BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
4009433
I-INDEPENDIENTE
Otros trabajos de edición.

NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA 186523302 TIPO DE PLANILLA I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS MES Mayo AÑO 2018 PERIODO COTIZACIÓN SALUD MES Mayo AÑO 2018
DÍAS DE MORA 0
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd) 2018/05/09 NÚMERO AUTORIZACION 96156261

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
230201- PROTECCION (ING+PROTEC.)	1	$ 125.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 125.000	$ 0	$ 125.000
									$ 125.000	$ 0	$ 125.000

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN UPC	MORA COTIZACIÓN	MORA UPC	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
EPS017-FAMISANAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 97.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 97.700	$ 0	$ 0	$ 97.700
												$ 97.700	$ 0	$ 0	$ 97.700

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	1			$ 0		$ 0	$ 19.100	$ 19.100	$ 0	$ 0	$ 19.100
								$ 19.100	$ 0	$ 0	$ 19.100

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
CCF22-COLSUBSIDIO	1	$ 15.700	$ 0	$ 15.700
		$ 15.700	$ 0	$ 15.700

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE: NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BASICO	NOVEDADES: SAL INTEGRAL	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	SEGURIDAD SOCIAL – PENSIÓN: IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	SALUD: IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	ARP: IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	PARAFISCALES CCF: IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE
CHAVARRO PARADA ADRIANA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		$ 741.242			NO																		230201-PROTECCION (ING+PROTEC.)	30	$ 781.242	$ 125.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 125.000	EPS017-FAMISANAR	30	$ 781.242	$ 97.700	$ 0	$ 97.700	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	30	$ 781.242	52463980	$ 19.100	30	$ 781.242	CCF22-COLSUBSIDIO	$ 15.700	$ 0	$ 0

TOTAL $ 257.500

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 0854 2018	**C.D.P. No.:**	7	**Proceso al que pertenece:**	PROCESO ASISTENCIAL/ENFERMERIA
				Unidad a la que pertenece:	UNIDAD SANTA CLARA

Nombre del Contratista: ADRIANA CHAVARRO PARADA **C.C.** 52.463.980 **de:** 0

Fecha Inicio: 2018-01-10 **Fecha Terminación incial:** 2018-06-09 **Valor Mensual:** $ 1.931.160 **Valor a cobrar:** $ 1.931.160

ADICIÓN/ OTROSI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
0				
0				
0				
0				
SI	$ 1.067.220	2034	10 DE JUNIO DE 2018	09 DE JULIO DE 2018
SI	$ 2.202.200	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	$ 728.420	$ 228.400	184489700
2	FEBRERO	$ 1.422.960	$ 241.800	184784346
3	MARZO	$ 1.880.340	$ 241.800	185602497
4	ABRIL	$ 1.575.420	$ 241.800	186121182
5	MAYO	$ 1.524.600	$ 241.800	186523302
6	JUNIO	$ 1.931.160	$ 241.800	187051730
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
$ 8.097.320	$ 11.366.740	$ 9.062.900	$ 2.303.840

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 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

Adriana Chavarro Parada.
Firma del Contratista

C.C. 52.463.980 **de** 0

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

Nini J. Alvarez R. Enfermera Jefe Rad 31125

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Banco de Bogotá

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

ACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	52463980	
ÓN SOCIAL:		ADRIANA CHAVARRO PARADA CHAVARRO	
PIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL	
	CALLE46 -86-41 S TELÉFONO:	4009433	
TE:	02-INDEPENDIENTE CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE	
	PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otros trabajos de edición.	
SENTACIÓN:	ÚNICO		
ONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):		NO	

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	187051730	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES				
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES junio	AÑO 2018	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES junio	AÑO 2018		
DÍAS DE MORA:	0						
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2018/06/13	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1309094600				

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230201- PROTECCION (ING+PROTEC.)	1	$ 125.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 125.000	$ 0	$ 125.000
									$ 125.000	**$ 0**	**$ 125.000**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS017-FAMISANAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 97.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 97.700	$ 0	$ 0	$ 97.700
												$ 97.700	**$ 0**	**$ 0**	**$ 97.700**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 19.100	$ 19.100	$ 0	$ 0	$ 19.100
								$ 19.100	**$ 0**	**$ 0**	**$ 19.100**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA	No. COTIZANTES	TOTALES		
NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF22-COLSUBSIDIO	1	$ 15.700	$ 0	$ 15.700
		$ 15.700	**$ 0**	**$ 15.700**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE							NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES				
																							PENSIÓN								SALUD						ARP								CCF		SENA	ICBF
NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	SAL INTEGRAL	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
CHAVARRO PARADA ADRIANA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 781.242			NO																	230201-PROTECCION (ING+PROTEC.)	30	$ 781.242	$ 125.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 125.000	EPS017-FAMISANAR	30	$ 781.242	$ 97.700	$ 0	$ 97.700	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	30	$ 781.242	52463980	$ 19.100	30	$ 781.242	CCF22-COLSUBSIDIO	$ 15.700	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 257.500

Planilla Pagada
SOI
Planilla Pagada

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 0854 2018	**C.D.P. No.:**	7	**Proceso al que pertenece:**	PROCESO ASISTENCIAL/ENFERMERIA
				Unidad a la que pertenece:	UNIDAD SANTA CLARA

Nombre del Contratista: ADRIANA CHAVARRO PARADA **C.C.** 52.463.980 **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/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
0				
0				
0				
0				
SI	$ 1.067.220	2034	10 DE JUNIO DE 2018	09 DE JULIO DE 2018
SI	$ 2.202.200	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	$ 728.420	$ 228.400	184489700
2	FEBRERO	$ 1.422.960	$ 241.800	184784346
3	MARZO	$ 1.880.340	$ 241.800	185602497
4	ABRIL	$ 1.575.420	$ 241.800	186121182
5	MAYO	$ 1.524.600	$ 241.800	186523302
6	JUNIO	$ 1.931.160	$ 241.800	187051730
7	JULIO	$ 1.626.240	$ 241.800	187540413
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
$ 8.097.320	$ 11.366.740	$ 10.689.140	$ 677.600

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

ADRIANA CHAVARRO P.
Firma del Contratista

C.C. 52.463.980 **de** 0

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

Nini J. Alvarez R.
Enfermera Jefe
RM 31125

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Banco de Bogotá

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACION	CEDULA DE CIUDADANIA	NUMERO DE IDENTIFICACION	52463980
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL			ADRIANA CHAVARRO PARADA CHAVARRO
CIUDAD/MUNICIPIO	BOGOTA D.C.	DEPARTAMENTO	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN	CALLE 45 #86-41 S	TELÉFONO	4095439
TIPO APORTANTE	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE	INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA	Otros trabajos de edición
FORMA DE PRESENTACIÓN	UNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA)			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NUMERO PLANILLA	187540413	TIPO DE PLANILLA			INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACION OTROS	MES julio	AÑO 2018	PERIODO COTIZACION SALUD	MES julio	AÑO 2018
DÍAS DE MORA	0				
FECHA PAGO (AAAA/MM/DD)	2018/07/11	NUMERO AUTORIZACION	111005100		

TOTAL APORTES A PENSIÓN

CODIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACION	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230201	230201- PROTECCION (ING+PROTEC.)	1	$ 125.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 125.000	$ 0	$ 125.000
SUBTOTALES:										**$ 125.000**	**$ 0**	**$ 125.000**

TOTAL APORTES A SALUD

CODIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NUMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NUMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN UPC	MORA COTIZACIÓN	MORA UPC	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
EPS017	EPS017-FAMISANAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 97.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 97.700	$ 0	$ 0	$ 97.700
SUBTOTALES:													**$ 97.700**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 97.700**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

CODIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NUMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
14-7	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 19.100	$ 19.100	$ 0	$ 0	$ 19.100
SUBTOTALES:									**$ 19.100**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 19.100**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

CODIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
CCF22	CCF22-COLSUBSIDIO	1	$ 15.700	$ 0	$ 15.700
SUBTOTALES:			**$ 15.700**	**$ 0**	**$ 15.700**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

Nº	DATOS DEL COTIZANTE: IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BASICO	NOVEDADES: SAL INTEGRAL	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN
1	CC 52463980	CHAVARRO PARADA ADRIANA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		$ 781.242			NO																		230201-PROTECCION (ING+PROTEC.)

Nº	SEGURIDAD SOCIAL: PENSIÓN DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	SALUD DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	ARP DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	PARAFISCALES DIAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE
1	30	$ 781.242	$ 125.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 125.000	EPS017-FAMISANAR	30	$ 781.242	$ 97.700	$ 0	$ 97.700	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	30	$ 781.242	52463980	$ 19.100	30	$ 781.242	CCF22-COLSUBSIDIO	$ 15.700	$ 0	$ 0

TOTAL **$ 257.500**

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 0854 2018	**C.D.P. No.:**	7	**Proceso al que pertenece:**	PROCESO ASISTENCIAL/ENFERMERIA
				Unidad a la que pertenece:	UNIDAD SANTA CLARA

Nombre del Contratista: ADRIANA CHAVARRO PARADA **C.C.** 52.463.980 **de:** 0

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

ADICION/ OTROSI	VALOR ADICION	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
0				
0				
0				
0				
SI	$ 1.067.220	2034	10 DE JUNIO DE 2018	09 DE JULIO DE 2018
SI	$ 2.202.200	2354	10 DE JULIO DE 2018	9 DE AGOSTO DE 201
SI	$ 1.744.820	2668	0 DE AGOSTO DE 20	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	$ 728.420	$ 228.400	184489700
2	FEBRERO	$ 1.422.960	$ 241.800	184784346
3	MARZO	$ 1.880.340	$ 241.800	185602497
4	ABRIL	$ 1.575.420	$ 241.800	186121182
5	MAYO	$ 1.524.600	$ 241.800	186523302
6	JUNIO	$ 1.931.160	$ 241.800	187051730
7	JULIO	$ 1.626.240	$ 241.800	187540413
8	AGOSTO	$ 1.626.240	$ 241.800	187999424
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
$ 8.097.320	$ 13.111.560	$ 12.315.380	$ 796.180

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:

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

Firma del Contratista

C.C. 52.463.980 **de** 0

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	NINI JOHANNA ALVAREZ RIVERA
CARGO:	ENFERMERA
FIRMA	Nini Johanna Alvarez Rivera Enfermera Jefe RM N 30125

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

SOI

Banco de Bogotá

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	52463980
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ADRIANA CHAVARRO PARADA CHAVARRO
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE46 -86-41 S	TELÉFONO:	4009433
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otros trabajos de edicion.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**187999424**	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES				
PERIODO COTIZACIÓN OTROS:	MES agosto	AÑO 2018	PERIODO COTIZACION SALUD:	MES agosto	AÑO 2018		
DÍAS DE MORA:	0						
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2018/08/10	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1009164500				

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA				APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230201	230201- PROTECCION (ING+PROTEC.)	1	$ 125.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 125.000	$ 0	$ 125.000
SUBTOTALES:										**$ 125.000**	**$ 0**	**$ 125.000**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA			INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS017	EPS017-FAMISANAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 97.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 97.700	$ 0	$ 0	$ 97.700
SUBTOTALES:													**$ 97.700**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 97.700**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA			INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-7	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 19.100	$ 19.100	$ 0	$ 0	$ 19.100
SUBTOTALES:									**$ 19.100**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 19.100**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA			TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF22	CCF22-COLSUBSIDIO	1	$ 15.700	$ 0	$ 15.700
SUBTOTALES:			**$ 15.700**	**$ 0**	**$ 15.700**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																	SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES					
																										PENSIÓN								SALUD								ARP						CCF		SENA	ICBF	
N°	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	SAL INTEGRAL	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 52463980	CHAVARRO PARADA ADRIANA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		$ 781.242			NO																	230201-PROTECCION (ING+PROTEC.)	30	$ 781.242	$ 125.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 125.000	EPS017-FAMISANAR	30	$ 781.242	$ 97.700	$ 0	$ 97.700	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	30	$ 781.242	52463980	$ 19.100	30	$ 781.242	CCF22-COLSUBSIDIO	$ 15.700	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 257.500**

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-52463980 tiene afiliación vigente con la ARL Seguros Bolivar

y6k76

Confirmar imagen *

CONSULTAR

Adriana Chavarro Parada 52463980 Urg. Pediatria

© 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 0854 2018	**C.D.P. No.:**	7	**Proceso al que pertenece:**	PROCESO ASISTENCIAL/ENFERMERIA
				Unidad a la que pertenece:	UNIDAD SANTA CLARA

Nombre del Contratista: ADRIANA CHAVARRO PARADA **C.C.** 52.463.980 **de:** 0

Fecha Inicio: 2018-01-10 **Fecha Terminación incial:** 2018-06-09 **Valor Mensual:** $ 1.524.600 **Valor a cobrar:** $ 1.524.600

ADICIÓN/ OTROSI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
0				
0				
0				
0				
SI	$ 1.067.220	2034	10 DE JUNIO DE 2018	09 DE JULIO DE 2018
SI	$ 2.202.200	2354	10 DE JULIO DE 2018	9 DE AGOSTO DE 201
SI	$ 1.744.820	2668	0 DE AGOSTO DE 201	DE SEPTIEMBRE DE 2
SI	$ 1.795.640	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	$ 728.420	$ 228.400	184489700
2	FEBRERO	$ 1.422.960	$ 241.800	184784346
3	MARZO	$ 1.880.340	$ 241.800	185602497
4	ABRIL	$ 1.575.420	$ 241.800	186121182
5	MAYO	$ 1.524.600	$ 241.800	186523302
6	JUNIO	$ 1.931.160	$ 241.800	187051730
7	JULIO	$ 1.626.240	$ 241.800	187540413
8	AGOSTO	$ 1.626.240	$ 241.800	187999424
9	SEPTIEMBRE	$ 1.524.600	$ 241.800	188436911
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
$ 8.097.320	$ 14.907.200	$ 13.839.980	$ 1.067.220

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 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 atencion	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

Adriana chavarro
Firma del Contratista

C.C. 52.463.980 **de** 0

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS

NOMBRE:	NINI JOHANNA ALVAREZ RIVERA
CARGO:	ENFERMERA
FIRMA	

Nini J. Alvarez R. Enfermera UAE 31125

SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Banco de Occidente

AUF 1800

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN	CEDULA DE CIUDADANIA NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	52463980	
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL		ADRIANA CHAVARRO PARADA CHAVARRO	
CIUDAD/MUNICIPIO	BOGOTA DISTRITO CAPITAL DEPARTAMENTO	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL	
DIRECCIÓN	CALLE46-86-41 S TELEFONO	4009433	
TIPO APORTANTE	92-INDEPENDIENTE CLASE APORTANTE	INDEPENDIENTE	
TIPO EMPRESA	PRIVADA ACTIVIDAD ECONÓMICA	Otros trabajos de edición.	
FORMA DE PRESENTACIÓN	UNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA)		NO	

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NUMERO PLANILLA	188436911	TIPO DE PLANILLA					INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES septiembre AÑO 2018	PERIODO COTIZACIÓN SALUD		MES	septiembre	AÑO	2018
DÍAS DE MORA	0						
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd)	2018/09/14	NUMERO AUTORIZACIÓN					97032664

TOTAL APORTES A PENSIÓN

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
230201	230201- PROTECCION (ING+PROTEC.)	1	$ 125.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 125.000	$ 0	$ 125.000
SUBTOTALES										**$ 125.000**	**$ 0**	**$ 125.000**

TOTAL APORTES A SALUD

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NUMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NUMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN UPC	MORA COTIZACIÓN	MORA UPC	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
EPS017	EPS017-FAMISANAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 97.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 97.700	$ 0	$ 0	$ 97.700
SUBTOTALES													**$ 97.700**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 97.700**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NUMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP VALOR	INCAPACIDAD IRP PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
14-7	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 19.100	$ 19.100	$ 0	$ 0	$ 19.100
SUBTOTALES									**$ 19.100**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 19.100**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
CCF22	CCF22-COLSUBSIDIO	1	$ 15.700	$ 0	$ 15.700
SUBTOTALES			**$ 15.700**	**$ 0**	**$ 15.700**

SOI

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE								NOVEDADES																	SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES							
																									PENSIÓN									SALUD								ARP					CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU.	
N°	IDENTIFICACION	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	SAL INTEGRAL	EXTRANJERO	EXONERADO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 52463980	CHAVARRO PARADA ADRIANA	DEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		$ 781.242			NO																	230201-PROTECCION (ING+PROTEC.)	30	$ 781.242	$ 125.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 125.000	EPS017-FAMISANAR	30	$ 781.242	$ 97.700	$ 0	$ 97.700	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	30	$ 781.242	52463980	$ 19.100	30	$ 781.242	CCF22-COLSUBSIDIO	$ 15.700	$ 0	$ 0			

TOTAL **$ 257.500**

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 0854 2018	**C.D.P. No.:**	7	**Proceso al que pertenece:**	PROCESO ASISTENCIAL/ENFERMERIA
				Unidad a la que pertenece:	UNIDAD SANTA CLARA

Nombre del Contratista: ADRIANA CHAVARRO PARADA **C.C.** 52.463.980 **de:** 0

Fecha Inicio: 2018-01-10 **Fecha Terminación incial:** 2018-06-09 **Valor Mensual:** $ 1.524.600 **Valor a cobrar:** $ 1.524.600

ADICIÓN/ OTROSI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
0				
0				
0				
0				
SI	$ 1.067.220	2034	10 DE JUNIO DE 201	09 DE JULIO DE 2018
SI	$ 2.302.200	2354	10 DE JULIO DE 2018	9 DE AGOSTO DE 201
SI	$ 1.744.820	2668	0 DE AGOSTO DE 20	DE SEPTIEMBRE DE 2
SI	$ 1.795.640	2950	DE SEPTIEMBRE DE 2	DE OCTUBRE DE 20
SI	$ 1.067.220	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	$ 728.420	$ 228.400	184489700
2	FEBRERO	$ 1.422.960	$ 241.800	184784346
3	MARZO	$ 1.880.340	$ 241.800	185602497
4	ABRIL	$ 1.575.420	$ 241.800	186121182
5	MAYO	$ 1.524.600	$ 241.800	186523302
6	JUNIO	$ 1.931.160	$ 241.800	187051730
7	JULIO	$ 1.626.240	$ 241.800	187540413
8	AGOSTO	$ 1.626.240	$ 241.800	187999424
9	SEPTIEMBRE	$ 1.524.600	$ 241.800	188436911
10	OCTUBRE	$ 1.524.600	$ 241.800	188436911
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
$ 8.097.320	$ 15.974.420	$ 15.364.580	$ 609.840

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 optimas de manejo medico - quirurgico
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 tecnicas establecidas.	Administra medicamentos según la tecnica
12	0	0
13	0	0
14	0	0
15	0	0
16	0	0

Observaciones:

Adriana Chavarro

Firma del Contratista

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

C.C. 52.463.980 **de** 0

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS

NOMBRE:	NINI JOHANNA ALVAREZ RIVERA
CARGO:	ENFERMERA
FIRMA	Nini J. Alvarez R. Enfermera Jefe RUM 81125

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

SOI — Banco de Occidente

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	52463980
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ADRIANA CHAVARRO PARADA CHAVARRO
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE46 -86-41 S	TELÉFONO:	4009433
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otros trabajos de edición.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
NÚMERO PLANILLA:	188436911	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES septiembre AÑO 2018	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES septiembre AÑO 2018
DÍAS DE MORA:	0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2018/09/14	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	97022664

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA				APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CODIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230201	230201- PROTECCION (ING+PROTEC.)	1	$ 125.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 125.000	$ 0	$ 125.000
SUBTOTALES:										$ 125.000	$ 0	$ 125.000

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS017	EPS017-FAMISANAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 97.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 97.700	$ 0	$ 0	$ 97.700
SUBTOTALES:													$ 97.700	$ 0	$ 0	$ 97.700

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-7	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 19.100	$ 19.100	$ 0	$ 0	$ 19.100
SUBTOTALES:									$ 19.100	$ 0	$ 0	$ 19.100

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF22	CCF22-COLSUBSIDIO	1	$ 15.700	$ 0	$ 15.700
SUBTOTALES:			$ 15.700	$ 0	$ 15.700

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	SAL INTEGRAL	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC 52463980	CHAVARRO PARADA ADRIANA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		$ 781,242				NO																	

SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN

ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
230201-PROTECCION (ING+PROTEC.)	30	$ 781,242	$ 125.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 125.000

SEGURIDAD SOCIAL — SALUD / ARP

SALUD ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ARP ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
EPS017-FAMISANAR	30	$ 781,242	$ 97.700	$ 0	$ 97.700	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	30	$ 781,242	52463980	$ 19.100

PARAFISCALES

DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
30	$ 781,242	CCF22-COLSUBSIDIO	$ 15.700	$ 0	$ 0		

TOTAL $ 257.500

Planilla Pagada

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 0854 2018	**C.D.P. No.:**	7	**Proceso al que pertenece:**	PROCESO ASISTENCIAL/ENFERMERIA
				Unidad a la que pertenece:	UNIDAD SANTA CLARA

Nombre del Contratista: ADRIANA CHAVARRO PARADA **C.C.** 52.463.980 **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	$ 1.067.220	2034	10 DE JUNIO DE 2018	09 DE JULIO DE 2018
SI	$ 2.202.200	2354	10 DE JULIO DE 2018	9 DE AGOSTO DE 201
SI	$ 1.744.820	2668	0 DE AGOSTO DE 20	DE SEPTIEMBRE DE 2
SI	$ 1.795.640	2950	DE SEPTIEMBRE DE 2	DE OCTUBRE DE 20
SI	$ 1.067.220	3519	DE OCTUBRE DE 20	DE DICIEMBRE DE 2
SI	$ 1.422.960	3746	DE NOVIEMBRE DE 2	DE DICIEMBRE DE 2
SI	$ 2.303.840	4035	DE DICIEMBRE DE 2	5 DE ENERO DE 201
0				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	ENERO	$ 728.420	$ 228.400	184489700
2	FEBRERO	$ 1.422.960	$ 241.800	184784346
3	MARZO	$ 1.880.340	$ 241.800	185602497
4	ABRIL	$ 1.575.420	$ 241.800	186121182
5	MAYO	$ 1.524.600	$ 241.800	186523302
6	JUNIO	$ 1.931.160	$ 241.800	187051730
7	JULIO	$ 1.626.240	$ 241.800	187540413
8	AGOSTO	$ 1.626.240	$ 241.800	187999424
9	SEPTIEMBRE	$ 1.524.600	$ 241.800	188436911
10	OCTUBRE	$ 1.524.600	$ 241.800	188436911
11	NOVIEMBRE	$ 1.524.600	$ 241.800	5240701354
12	DICIEMBRE	$ 1.727.880	$ 241.800	2322467311

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 8.097.320	$ 19.701.220	$ 18.617.060	$ 1.084.160

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 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

Adriana Chavarro
Firma del Contratista

C.C. 52.463.980 **de** 0

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

Johanna Alvarez R.
Enfermera
RAA V3125 RUAA

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Banco de Occidente

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	52463980
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ADRIANA CHAVARRO PARADA CHAVARRO
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE46 -86-41 S	TELÉFONO:	4009433
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otros trabajos de edición.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	2322467311	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES				
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES noviembre	AÑO 2018	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES noviembre	AÑO	2018	
DÍAS DE MORA:	0						
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2018/12/13	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	52237035				

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230201	230201- PROTECCIÓN (ING+PROTEC.)	1	$ 125,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 125,000	$ 0	$ 125,000
SUBTOTALES:										**$ 125,000**	**$ 0**	**$ 125,000**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS017	EPS017-FAMISANAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 97,700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 97,700	$ 0	$ 0	$ 97,700
SUBTOTALES:													**$ 97,700**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 97,700**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NUMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-7	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 19,100	$ 19,100	$ 0	$ 0	$ 19,100
SUBTOTALES:									**$ 19,100**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 19,100**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF22	CCF22-COLSUBSIDIO	1	$ 15,700	$ 0	$ 15,700
SUBTOTALES:			**$ 15,700**	**$ 0**	**$ 15,700**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																	SEGURIDAD SOCIAL																		PARAFISCALES							
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	SAL INTEGRAL	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN						SALUD						ARP						CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU	
																										ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 52463980	CHAVARRO PARADA ADRIANA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 781,242			NO																		230201-PROTECCION (ING+PROTEC.)	30	$ 781,242	$ 125,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 125,000	EPS017-FAMISANAR	30	$ 781,242	$ 97,700	$ 0	$ 97,700	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	30	$ 781,242	52463980	$ 19,100	30	$ 781,242	CCF22-COLSUBSIDIO	$ 15,700	$ 0	$ 0		

TOTAL	$ 257.500

204 horas

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 0855 2018	**C.D.P. No.:**	7	**Proceso al que pertenece:**	PROCESO ASISTENCIAL/ENFERMERIA
				Unidad a la que pertenece:	UNIDAD SANTA CLARA

Nombre del Contratista: DIANA BRYGITTE SALAMANCA MARENTES **C.C.** 1.024.522.331 **de:** 0

Fecha Inicio: 2018-01-10 **Fecha Terminación incial:** 2018-06-09 **Valor Mensual:** $ 1.558.480 **Valor a cobrar:** $ 1.558.480

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	$ 1.558.480	$ 228.400	8324594448
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
$ 7.470.540	$ 7.470.540	$ 1.558.480	$ 5.912.060

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 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 certificacion de pago a Salud, pensión y ARL
En caso de tener contrato nuevo se debe anexar también la certificacion bancaria con la primera cuenta de cobro

Diana Salamanca

Firma del Contratista

C.C. 1.024.522.331 **de** 0

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): DIANA BRIGITTE SALAMANCA MARENTES
No. Identificación: CC1024522331
Dirección: MOCHUELO ALTO
Telefono: 3195596828
Correo: salamancadiana1@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8324594448

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	DIANA BRIGITTE SALAMANCA MARENTES
Tipo y número de identificación	CC1024522331
Número de planilla	8324594448
Fecha pago	2018-01-09
Número de autorización pago	1000000843
Banco	1001

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	enero de 2018
Periodo de Cotización Pensión	enero de 2018
Número de Administradoras	3
Total Pagado	228400
Total Intereses de Mora	0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	18000	1
230301	Porvenir	118100	1
EPS008	Compensar EPS	92300	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1024522331
APELLIDOS Y NOMBRES: DIANA BRIGITTE SALAMANCA MARENTES

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
EPS008	230301	737717	737717	737717	0	92300	0	118100	0	18000	0

Total Horas = 228
AUX

184 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 0855 2018	**C.D.P. No.:**	7	**Proceso al que pertenece:**	PROCESO ASISTENCIAL/ENFERMERIA
				Unidad a la que pertenece:	UNIDAD SANTA CLARA

Nombre del Contratista: DIANA BRYGITTE SALAMANCA MARENTES **C.C.** 1.024.522.331 **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	$ 1.558.480	$ 228.400	8324594448
2	FEBRERO	$ 1.422.960	$ 241.800	8325064253
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
$ 7.470.540	$ 7.470.540	$ 2.981.440	$ 4.489.100

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

Diana Salamanca.
Firma del Contratista

C.C. 1.024.522.331 **de** Bogotá, D

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

NINI J. Alvarez R.
Enfermera Jefe
RUN 31125

Señor(a): DIANA BRIGITTE SALAMANCA MARENTES
No. Identificación: CC 1024522331
Dirección: MOCHUELO ALTO
Teléfono: 3195596828 **Fax:**
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla 8325064253

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	DIANA BRIGITTE SALAMANCA M.
Tipo y Número de Identificación	CC 1024522331
Número Planilla	8325064253
Fecha de Pago	2/19/2018
Número de Autorización de Pago	1000001180
Banco	1001
Valor Comisión	$0

Número de Empleados	1
Periodo Cotización Salud	Febrero 2018
Periodo Cotización Pensión	Febrero 2018
Periodo Cotización Caja	Febrero 2018
Número de Administradoras	3
Total Pagado	$244.100
Total Interes Mora	$2.300

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	$19.300	1
230301	Porvenir	$126.200	1
EPS008	Compensar EPS	$98.600	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1024522331
APELLIDOS Y NOMBRES SALAMANCA MARENTES DIANA BRIGITTE

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACIÓN SALUD	COTIZACIÓN PENSIÓN	COTIZACIÓN RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD
EPS008	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

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

AUX 168 horas
168

Secretaría Distrital 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 0855 2018	**C.D.P. No.:**	7	**Proceso al que pertenece:**	PROCESO ASISTENCIAL/ENFERMERIA
				Unidad a la que pertenece:	UNIDAD SANTA CLARA

Nombre del Contratista: DIANA BRYGITTE SALAMANCA MARENTES **C.C.** 1.024.522.331 **de:** 0

Fecha Inicio: 2018-01-10 **Fecha Terminación incial:** 2018-06-09 **Valor Mensual:** $ 1.533.070 **Valor a cobrar:** $ 1.533.070

ADICIÓN/ OTROSÍ	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
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	$ 1.558.480	$ 228.400	8324594448
2	FEBRERO	$ 1.422.960	$ 241.800	8325064253
3	MARZO	$ 1.533.070	$ 241.800	8325804097
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
$ 7.470.540	$ 7.470.540	$ 4.514.510	$ 2.956.030

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 segun sus necesidades
11	Administrar los medicamentos de acuerdo con las tecnicas establecidas.	Administra medicamentos segun 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

Diana Salamanca
Firma del Contratista

C.C. 1.024.522.331 **de** Bogotá 0

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

Señor(a): DIANA BRIGITTE SALAMANCA MARENTES
No. Identificación: CC 1024522331
Dirección: MOCHUELO ALTO
Teléfono: 3195596828 **Fax:**
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla 8325804097

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	DIANA BRIGITTE SALAMANCA M.
Tipo y Número de Identificación	CC 1024522331
Número Planilla	8325804097
Fecha de Pago	3/9/2018
Número de Autorización de Pago	1000000823
Banco	1001
Valor Comisión	$0

Número de Empleados	1
Periodo Cotización Salud	Marzo 2018
Periodo Cotización Pensión	Marzo 2018
Periodo Cotización Caja	Marzo 2018
Número de Administradoras	3
Total Pagado	$242.100
Total Interes Mora	$300

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	$16.200	1
230301	Porvenir	$125.100	1
EPS008	Comoensar EPS	$97.800	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1024522331
APELLIDOS Y NOMBRES SALAMANCA MARENTES DIANA BRIGITTE

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACIÓN SALUD	COTIZACIÓN PENSIÓN	COTIZACIÓN RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD
EPS008	230301	0	781.242	781.242	781.242	0	97.700	125.000	16.100	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 181h,5

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 0855 2018	**C.D.P. No.:**	7	**Proceso al que pertenece:**	PROCESO ASISTENCIAL/ENFERMERIA
				Unidad a la que pertenece:	UNIDAD SANTA CLARA

Nombre del Contratista: DIANA BRYGITTE SALAMANCA MARENTES **C.C.** 1.024.522.331 **de:** 0

Fecha Inicio: 2018-01-10 **Fecha Terminación incial:** 2018-06-09 **Valor Mensual:** $ 1.524.600 **Valor a cobrar:** $ 1.524.600

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	$ 1.558.480	$ 228.400	8324594448
2	FEBRERO	$ 1.422.960	$ 241.800	8325064253
3	MARZO	$ 1.533.070	$ 241.800	8325804097
4	ABRIL	$ 1.524.600	$ 241.800	8326456312
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
$ 7.470.540	$ 7.470.540	$ 6.039.110	$ 1.431.430

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

Dana Salamanca
Firma del Contratista

C.C. 1.024.522.331 **de** 0

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

Enfermero

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

Señor(a): DIANA BRIGITTE SALAMANCA MARENTES
No. Identificación: CC1024522331
Dirección: MOCHUELO ALTO
Telefono: 3195596828
Correo: salamancadiana1@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8326456312

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	DIANA BRIGITTE SALAMANCA MARENTES
Tipo y número de identificación	CC1024522331
Número de planilla	8326456312
Fecha pago	2018-04-17
Número de autorización pago	1000000206
Banco	1001

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	abril de 2018
Periodo de Cotización Pensión	abril de 2018
Número de Administradoras	3
Total Pagado	243500
Total Intereses de Mora	1700

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	19300	1
230301	Porvenir	125800	1
EPS008	Compensar EPS	98400	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1024522331
APELLIDOS Y NOMBRES: DIANA BRIGITTE SALAMANCA MARENTES

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
EPS008	230301	781242	781242	781242	0	97700	0	125000	0	19100	0

Art 180hrs

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 0855 2018	**C.D.P. No.:**	7	**Proceso al que pertenece:**	PROCESO ASISTENCIAL/ENFERMERIA
				Unidad a la que pertenece:	UNIDAD SANTA CLARA

Nombre del Contratista: DIANA BRYGITTE SALAMANCA MARENTES **C.C.** 1.024.522.331 **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				
SI	$ 1.931.160	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	$ 1.558.480	$ 228.400	8324594448
2	FEBRERO	$ 1.422.960	$ 241.800	8325064253
3	MARZO	$ 1.533.070	$ 241.800	8325804097
4	ABRIL	$ 1.524.600	$ 241.800	8326456312
5	MAYO	$ 1.626.240	$ 241.800	8327114381
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
$ 7.470.540	$ 9.401.700	$ 7.665.350	$ 1.736.350

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

D. Brygitte Salamanca M.
Firma del Contratista

C.C. 1.024.522.331 **de** 0

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

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

Señor(a): DIANA BRIGITTE SALAMANCA MARENTES
No. Identificación: CC1024522331
Dirección: MOCHUELO ALTO
Telefono: 3195596828
Correo: salamancadiana1@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8327114381

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	DIANA BRIGITTE SALAMANCA MARENTES
Tipo y número de identificación	CC1024522331
Número de planilla	8327114381
Fecha pago	2018-05-21
Número de autorización pago	1000000546
Banco	1001

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	mayo de 2018
Periodo de Cotización Pensión	mayo de 2018
Número de Administradoras	3
Total Pagado	244200
Total Intereses de Mora	2400

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	19300	1
230301	Porvenir	126200	1
EPS008	Compensar EPS	98700	1

8327114381

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1024522331
APELLIDOS Y NOMBRES: DIANA BRIGITTE SALAMANCA MARENTES

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
EPS008	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 0855 2018	**C.D.P. No.:**	7	**Proceso al que pertenece:**	PROCESO ASISTENCIAL/ENFERMERIA
				Unidad a la que pertenece:	UNIDAD SANTA CLARA

Nombre del Contratista: DIANA BRYGITTE SALAMANCA MARENTES **C.C.** 1.024.522.331 **de:** 0

Fecha Inicio: 2018-01-10 **Fecha Terminación incial:** 2018-06-09 **Valor Mensual:** $ 1.524.600 **Valor a cobrar:** $ 1.524.600

ADICIÓN/ OTROSI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
0				
0				
0				
0				
SI	$ 1.931.160	2034	10 DE JUNIO DE 2018	09 DE JULIO DE 2018
SI	$ 1.727.880	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	$ 1.558.480	$ 228.400	8324594448
2	FEBRERO	$ 1.422.960	$ 241.800	8325064253
3	MARZO	$ 1.533.070	$ 241.800	8325804097
4	ABRIL	$ 1.524.600	$ 241.800	8326456312
5	MAYO	$ 1.626.240	$ 241.800	8327114381
6	JUNIO	$ 1.524.600	$ 241.800	8327772558
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
$ 7.470.540	$ 11.129.580	$ 9.189.950	$ 1.939.630

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 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

Diana Salamanca

Firma del Contratista

C.C. 1.024.522.331 **de** 0

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

Nini J. Alvarez R.
Enfermera Jefe
R.U.N. 31125

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

Señor(a): DIANA BRIGITTE SALAMANCA MARENTES
No. Identificación: CC1024522331
Dirección: MOCHUELO ALTO
Telefono: 3195596828
Correo: salamancadiana1@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8327772558

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	DIANA BRIGITTE SALAMANCA MARENTES
Tipo y número de identificación	CC1024522331
Número de planilla	8327772558
Fecha pago	2018-06-18
Número de autorización pago	1000000598
Banco	1001

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	junio de 2018
Periodo de Cotización Pensión	junio de 2018
Número de Administradoras	3
Total Pagado	243000
Total Intereses de Mora	1200

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	19200	1
230301	Porvenir	125600	1
EPS008	Compensar EPS	98200	1

8327772558

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1024522331
APELLIDOS Y NOMBRES: DIANA BRIGITTE SALAMANCA MARENTES

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
EPS008	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 0855 2018 **C.D.P. No.:** 7

Proceso al que pertenece: PROCESO ASISTENCIAL/ENFERMERIA

Unidad a la que pertenece: UNIDAD SANTA CLARA

Nombre del Contratista: DIANA BRYGITTE SALAMANCA MARENTES **C.C.** 1.024.522.331 **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				
SI	$ 1.931.160	2034	10 DE JUNIO DE 2018	09 DE JULIO DE 2018
SI	$ 1.727.880	2354	10 DE JULIO DE 2018	9 DE AGOSTO DE 20
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	$ 1.558.480	$ 228.400	8324594448
2	FEBRERO	$ 1.422.960	$ 241.800	8325064253
3	MARZO	$ 1.533.070	$ 241.800	8325804097
4	ABRIL	$ 1.524.600	$ 241.800	8326456312
5	MAYO	$ 1.626.240	$ 241.800	8327114381
6	JUNIO	$ 1.524.600	$ 241.800	8327772558
7	JULIO	$ 1.422.960	$ 241.800	8328407975
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
$ 7.470.540	$ 11.129.580	$ 10.612.910	$ 516.670

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 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 profesional	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 ambiental y	Aplico las normas de bioseguridad, se reporta eventos adversos.
8	Registrar y verificar el inventario de los elementos y equipos asignados y supervisar	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 integral	Proyecto la logistica requierida para brindar cuidado integral al paciente.
10	Atender y orientar a los pacientes y sus familiares en relacion con sus necesidades y	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

Diana Salamanca
Firma del Contratista

C.C. 1.024.522.331 **de** Bogota 0

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

Nini J. Alvarez R.
Enfermera Jefe
RUM 31125

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

Señor(a): DIANA BRIGITTE SALAMANCA MARENTES
No. Identificación: CC1024522331
Dirección: MOCHUELO ALTO
Telefono: 3195596828
Correo: salamancadiana1@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8328407975

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	DIANA BRIGITTE SALAMANCA MARENTES
Tipo y número de identificación	CC1024522331
Número de planilla	8328407975
Fecha pago	2018-07-10
Número de autorización pago	1000000243
Banco	1001

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	julio de 2018
Periodo de Cotización Pensión	julio 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
EPS008	Compensar EPS	97700	1

PAGADA 8328407975

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1024522331
APELLIDOS Y NOMBRES: DIANA BRIGITTE SALAMANCA MARENTES

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
EPS008	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 0854 2018	**C.D.P. No.:**	7	**Proceso al que pertenece:**	PROCESO ASISTENCIAL/ENFERMERIA
				Unidad a la que pertenece:	UNIDAD SANTA CLARA

Nombre del Contratista: ADRIANA CHAVARRO PARADA **C.C.** 52.463.980 **de:** 0

Fecha Inicio: 2018-01-10 **Fecha Terminación incial:** 2018-06-09 **Valor Mensual:** $ 1.524.600 **Valor a cobrar:** $ 1.524.600

ADICIÓN/ OTROSI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
0				
0				
0				
0				
SI	$ 1.067.220	2034	10 DE JUNIO DE 2018	09 DE JULIO DE 2018
SI	$ 2.202.200	2354	10 DE JULIO DE 2018	9 DE AGOSTO DE 201
SI	$ 1.744.820	2668	0 DE AGOSTO DE 201	DE SEPTIEMBRE DE 2
SI	$ 1.795.640	2950	DE SEPTIEMBRE DE 2	DE OCTUBRE DE 20
SI	$ 1.067.220	3519	DE OCTUBRE DE 20	DE DICIEMBRE DE 2
SI	$ 1.422.960	3746	DE NOVIEMBRE DE 2	DE DICIEMBRE DE 2
SI	$ 2.303.840	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	$ 728.420	$ 228.400	184489700
2	FEBRERO	$ 1.422.960	$ 241.800	184784346
3	MARZO	$ 1.880.340	$ 241.800	185602497
4	ABRIL	$ 1.575.420	$ 241.800	186121182
5	MAYO	$ 1.524.600	$ 241.800	186523302
6	JUNIO	$ 1.931.160	$ 241.800	187051730
7	JULIO	$ 1.626.240	$ 241.800	187540413
8	AGOSTO	$ 1.626.240	$ 241.800	187999424
9	SEPTIEMBRE	$ 1.524.600	$ 241.800	188436911
10	OCTUBRE	$ 1.524.600	$ 241.800	188436911
11	NOVIEMBRE	$ 1.524.600	$ 241.800	5240701354
12	DICIEMBRE	$ 1.727.880	$ 241.800	2322467311
1	ENERO	$ 1.524.600	$ 241.800	2322508296

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 8.097.320	$ 20.361.880	$ 20.141.660	$ 220.220

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 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 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

Adriana Chavarro
Firma del Contratista

C.C. 52.463.980 **de** Bogotá.

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

Coordinación Urgencias
RUN 31125

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Banco de Occidente

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	52463980
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ADRIANA CHAVARRO PARADA CHAVARRO
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE46 -86-41 S	TELÉFONO:	4009433
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otros trabajos de edición.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	2322508296	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES				
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES diciembre	AÑO 2018	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES diciembre	AÑO 2018		
DÍAS DE MORA:	0						
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2019/01/08	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	63557597				

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230201	230201- PROTECCION (ING+PROTEC.)	1	$ 125.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 125.000	$ 0	$ 125.000
SUBTOTALES:										$ 125.000	$ 0	$ 125.000

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS017	EPS017-FAMISANAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 97.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 97.700	$ 0	$ 0	$ 97.700
SUBTOTALES:													$ 97.700	$ 0	$ 0	$ 97.700

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-7	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 19.100	$ 19.100	$ 0	$ 0	$ 19.100
SUBTOTALES:									$ 19.100	$ 0	$ 0	$ 19.100

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF22	CCF22-COLSUBSIDIO	1	$ 15.700	$ 0	$ 15.700
SUBTOTALES:			$ 15.700	$ 0	$ 15.700

Planilla Pagada
SOI
Planilla Pagada

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																			SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
						SAL INTEGRAL	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN								SALUD						ARP								CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO																						ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 52463980	CHAVARRO PARADA ADRIANA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		$ 781.242				NO																		230201-PROTECCION (ING+PROTEC.)	30	$ 781.242	$ 125.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 125.000	EPS017-FAMISANAR	30	$ 781.242	$ 97.700	$ 0	$ 97.700	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	30	$ 781.242	52463980	$ 19.100	30	$ 781.242	CCF22-COLSUBSIDIO	$ 15.700	$ 0	$ 0		

TOTAL	$ 257.500