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**
**FECHA: 2017-07-07**

## 1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. CONTRATO - OPS:** | PS 5549 2018 | **C.D.P. No.:** | 3045 | **Proceso al que pertenece:** | ALTA COMPLEJIDAD ASISTENCIAL |
| | | | | **Unidad a la que pertenece:** | VICTORIA |
| **Nombre del Contratista:** | MARIA ELENA MARTINEZ LUNA | **C.C.** | 20.409.519 | **de:** | Bogotà |
| **Fecha Inicio:** | 2018-09-17 | **Fecha Terminación Incial:** | 2018-10-16 | **Valor Mensual:** | $ 1.573.200 |
| **Valor a cobrar:** | $ 1.727.880 | | | | |

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | $ 1.863.400 | 3519 | 2018-10-27 | 2018-12-17 |
| 2 | $ 2.337.720 | 3751 | 2018-11-28 | 2018-12-15 |
| 3 | $ 1.727.880 | 4019 | 2018-12-16 | 2019-01-15 |
| 4 | $ 1.168.860 | 62 | 2019-01-16 | 2019-01-31 |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |

| Nº CTA | MES DE CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR | VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL | NÚMERO DE PLANILLA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Septiembre 2018 | $ 1.524.600 | $ 116.800 | 1015491024 |
| 2 | Octubre 2018 | $ 1.880.340 | $ 116.800 | 1016178946 |
| 3 | Noviembre 2018 | $ 1.575.420 | $ 116.800 | 1016824263 |
| 4 | Diciembre 2018 | $ 1.677.060 | $ 116.800 | 1016840831 |
| 5 | Enero 2019 | $ 1.727.880 | $ 116.800 | 1016840831 |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |

**Resumen de contrato**

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 1.948.100 | $ 9.045.960 | $ 8.385.300 | $ 660.660 |

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

**OBJETO DEL CONTRATO**

Prestar sus servicios personales de apoyo, en su condición de técnico en Auxiliar de Enfermeria para la ejecución de actividades asistenciales en los diferentes servicios, conforme a las necesidades de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

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

| | OBLIGACIONES ESPECIFICAS (Las estipuladas en la minuta) | DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN |
|---|---|---|
| 1 | Recibir y entregar turno de acuerdo al protocolo de recibo y entrega de turno, permitiendo dar continuidad al tratamiento y atención del usuario. | Cumple con el protocolo de recibo y entrega de turno. |
| 2 | Controlar los signos vitales de cada uno de los pacientes asignados con la periodicidad requerida según orden médica y de la Enfermera, registrandolos. | Realiza el control de signos vitales de los pacientes a cargo de acuerdo a la orden médica y al estado del paciente de acuerdo con el protocolo institucional. |
| 3 | Orientar y preparar a los pacientes para exámenes diagnóstico de acuerdo con los protocolos de manejo y tecnología requerida. Según normas establecidas para cada procedimiento. | Participa en la preparación de los pacientes a cargo para eámenes diagnósticos de acuerdo con lo requerido por cada procedimiento. |
| 4 | Realizar actividades propias del cuidado de enfermería previniendo eventos adversos como caídas, quemaduras, pérdida de elementos de los usuarios, fuga de usuarios, ulceras de presión, errores en la administración de medicamentos y otros. | **Debe fortalecer la aplicación de las medidas y barreras de seguridad instauradas por la institucion para la prevecion de eventos adversos** |
| 5 | Notificar inmediatamente los eventos adversos ocurridos a sus pacientes al médico de turno, jefe inmediato y en el aplicativo dispuesto para ello. | Realiza notificación de eventos ocurridos mediante los diferentes medios para ello. |
| 6 | Informar a la enfermera jefe del servicio y médico tratante, sobre los cambios del estado clínico de los pacientes en forma oportuna y adecuada. | Informa al médico y enfermera todo cambio en el estado clínico de los pacientes de forma oportuna. |
| 7 | Revisar la Historia clínica de los pacientes asignados conociendo su evolución diaria, tratamiento, para realizar el plan de cuidado de enfermería integral del paciente. | Revisa la historia clínica de los pacientes asignados realizando el plan de cuidados de acuerdo con el estado de los mismos. |
| 8 | Mantener limpio y ordenado la unidad de los pacientes asignados durante el turno. | Mantiene el orden la unidad de los pacientes a cargo durante el turno. |
| 9 | Realizar registros clínicos en forma oportuna, diligenciando todas las casillas correctamente y dando cumplimiento a la resolución 1995/1999 | Realiza los registros clínicos de acuerdo con la resolución 1995/1999. |

| | | |
|---|---|---|
| 10 | Cumplir las normas institucionales del comité de epidemiología (lavado de manos antes y después del manejo del paciente, técnica aséptica, normas de bioseguridad, medidas de aislamiento, aseo de unidades, desinfección de equipos entre otros). | Cumple con las normas del comité de epidemiología. |
| 11 | Responder por los inventarios, conservación y uso adecuado de los equipos elementos e insumos entregados al servicio. | Realiza el cuidado y la custodia de los equipos, elementos e insumos del servicio asignado. |
| 12 | Mantener organizadas las Historias Clínicas de conformidad con el manual de Historias clínicas vigentes para la Institución. | Mantiene en orden las historias clinicas manuales de acuerdo con el manual de historias clínicas. |
| 13 | Dar cumplimiento con lo establecido en las normas y protocolos de la Institución. | Cumple con protocolos, normas y guías de la institución. |
| 14 | Asistir a reuniones de grupo funcional y capacitaciones programadas por la Institución. | asiste a las reuniones de grupo funcional y capacitaciones que se programan por la institución. |
| 15 | Realizar la desinfección oportuna de las camas libres y los traslados necesarios para poder asignar las camas a los pacientes que lo requieran. | Realiza la desinfección oportuna de las camas libre aportando con el giro cama. |
| 16 | Realizar la toma oportuna de las muestras de laboratorio que requieran los pacientes con el fin de agilizar el tratamiento. | Aplica el manual de toma de muestras de laboratorio clínico. |
| 17 | Asistir en la alimentación a los pacientes asignados conservando las precauciones establecidas según el caso. | Asiste a los pacientes en sus necesidades alimentarias. |
| 18 | Realizar el control de líquidos administrados y eliminados registrando en forma oportuna y adecuada los resultados. | Realiza el control de líquidos administrados y eliminados de forma oportuna aplicando el protocolo institucional. |
| 19 | Portar el uniforme en forma adecuada teniendo en cuenta las normas de presentación personal (cabello recogido, uñas cortas sin esmalte, no portar joyas y ropas no apretadas ni trasparentes). | no porta el uniforme de forma adecuada y las normas de bioseguridad y presentación personal. |
| 20 | Ofrecer trato con calidez y calidad al paciente y la familia, dando una atención humanizada, evitando la polémica y conservando el respeto por la dignidad humana. | Brinda un cuidado humanizado a los pacientes y a sus familias. |
| 21 | Impartir educación al paciente y a la familia sobre los cuidados específicos a tener en casa de acuerdo a la situación clínica del paciente. | Brinda educación a los pacientes y sus familias de acuerdo con la patología de base. |
| 22 | Mantener la reserva de la información clínica y personal de los pacientes. | Maneja la confidencialidad de la información de los pacientes. |

**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.

María Elena Martínez
**Firma del Contratista**

C. 20.409.519 de Bogotà

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS | |
|---|---|
| NOMBRE: | Sandra Patricia Leon Caceres |
| CARGO: | Enfermera |
| FIRMA | |

# PAGOSIMPLE | Prefactura

Fecha creación reporte: 2018-12-14, 09:25:51 AM  Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES  Número Planilla: 1016840831

Periodo Cotización: diciembre de 2018  Periodo Servicio: diciembre de 2018  Referencia pago (PIN): 8895756840

**GUARDADA 14/11/2018**

## I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Razón Social | MARIA ELENA MARTINEZ LUNA | | | | |
| Documento | CC20409519 | Dirección | CLL 6 C N 81 B 24 | | |
| Tipo de Empresa | INDEPENDIENTE | Teléfono | 3103206333 | | |
| Tipo Persona | NATURAL | Forma Presentación | ÚNICO | Total Afiliados | 1 |
| Ciudad | BOGOTA D.C. | Departamento | BOGOTA D.C. | | |
| Representante Legal | | Identificación | | | |

IMPORTANTE: Señor aportante, si usted realiza el pago de su aporte después de las 3:00 PM este se hará efectivo al día hábil siguiente; recuerde revisar su liquidación antes del pago, SIMPLE S.A.; da por entendido que el aportante está de acuerdo con la información suministrada, en consecuencia cualquier inconsistencia con las administradoras serán responsabilidad del aportante.

## II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Administradora | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |
| CC 20409519 | MARTINEZ LUNA MARIA ELENA | 59 | 03 | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | 30 | 30 | 0 | NINGUNA AFP | $ 0 | $ 0 | SALUD TOTAL EPS | $ 781.242 | $ 97.700 | POSITIVA DE SEGUROS | $ 781.242 | $ 19.100 | NINGUNA CCF | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 116.800 |

## III.TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes FSP | Aportes FSS | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE | TOTAL INTERESES | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 0 | $ 781.242 | $ 781.242 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 97.700 | $ 19.100 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 116.800 | $ 0 | $ 116.800 |

## IV.INFORMACION

| Día hábil de pago sin mora |
|---|
| 4 |

| Periodo de cotización salud | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Enero | Febrero | Marzo | Abril | Mayo | Junio | Julio | Agosto | Septiembre | Octubre | Noviembre | Diciembre |
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☒ | ☐ | ☒ | ☐ | ☒ | ☒ | ☐ |

Cafam-Colsubsidio-Mercadroguerías Cafam-Colsubsidio-

8888957568400000000991231

Grupo Éxito-Bancompartir-Comfandi-Grupo Éxito-Bancompartir

(415)7709998485884(8020)8895756840(3900)0000000(96)20991231



Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 -
¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

CORRESPONSAL Y ALE
PAPELERIA NICO Y ALE
CCO TINTAL PLAZA INT

BANCO AV VILLAS

UNICO: 001546627 TER: 11027204
ESTRO 7763 RECIBO: 005604 RRN: 011645
ECAUDO APRO: 007394

RVICIO: 6347
CTURA: 00000000000000008895756840

** PAGO FACTURA **
TRANSACCION EXITOSA

RECAUDO $ 116.800

*** CLIENTE ***
MAYOR INFORMACION EN LA LINEA

5549

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**
**FECHA: 2017-07-07**

## 1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. CONTRATO - OPS:** | PS 5549 2018 | **C.D.P. No.:** | 3045 | **Proceso al que pertenece:** | ALTA COMPLEJIDAD ASISTENCIAL |
| | | | | **Unidad a la que pertenece:** | VICTORIA |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nombre del Contratista:** | MARIA ELENA MARTINEZ LUNA | **C.C.** | 20.409.519 | **de:** | Bogotà | | |
| **Fecha Inicio:** | 2018-09-17 | **Fecha Terminación incial:** | 2018-10-16 | **Valor Mensual:** | $ 1.573.200 | **Valor a cobrar:** | $ 1.524.600 |

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

| Nº CTA | MES DE CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR | VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL | NUMERO DE PLANILLA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Septiembre 2018 | $ 1.524.600 | $ 241.800 | 1015491024 |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |

| **Resumen de contrato** | VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|---|
| | **$ 1.948.100** | **$ 1.948.100** | **$ 1.524.600** | **$ 423.500** |

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

### OBJETO DEL CONTRATO

Prestar sus servicios personales de apoyo, en su condición de técnico en Auxiliar de Enfermeria para la ejecución de actividades asistenciales en los diferentes servicios, conforme a las necesidades de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

**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 turno de acuerdo al protocolo de recibo y entrega de turno, permitiendo dar continuidad al tratamiento y atención del usuario. | Cumple con el protocolo de recibo y entrega de turno. |
| 2 | Controlar los signos vitales de cada uno de los pacientes asignados con la periodicidad requerida según orden médica y de la Enfermera, registrandolos. | Realiza el control de signos vitales de los pacientes a cargo de acuerdo a la orden médica y al estado del paciente de acuerdo con el protocolo institucional. |
| 3 | Orientar y preparar a los pacientes para exámenes diagnóstico de acuerdo con los protocolos de manejo y tecnología requerida. Según normas establecidas para cada procedimiento. | Participa en la preparación de los pacientes a cargo para eámenes diagnósticos de acuerdo con lo requerido por cada procedimiento. |
| 4 | Realizar actividades propias del cuidado de enfermería previniendo eventos adversos como caídas, quemaduras, pérdida de elementos de los usuarios, fuga de usuarios, ulceras de presión, errores en la administración de medicamentos y otros. | **Debe fortalecer la aplicación de las medidas y barreras de seguridad instauradas por la institucion para la prevecion de eventos adversos** |
| 5 | Notificar inmediatamente los eventos adversos ocurridos a sus pacientes al médico de turno, jefe inmediato y en el aplicativo dispuesto para ello. | Realiza notificación de eventos ocurridos mediante los diferentes medios para ello. |
| 6 | Informar a la enfermera jefe del servicio y médico tratante, sobre los cambios del estado clínico de los pacientes en forma oportuna y adecuada. | informa al médico y enfermera todo cambio en el estado clínico de los pacientes de forma oportuna. |
| 7 | Revisar la Historia clínica de los pacientes asignados conociendo su evolución diaria, tratamiento, para realizar el plan de cuidado de enfermería integral del paciente. | Revisa la historia clínica de los pacientes asignados realizando el plan de cuidados de acuerdo con el estado de los mismos. |
| 8 | Mantener limpio y ordenado la unidad de los pacientes asignados durante el turno. | Mantiene el orden la unidad de los pacientes a cargo durante el turno. |
| 9 | Realizar registros clínicos en forma oportuna, diligenciando todas las casillas correctamente y dando cumplimiento a la resolución 1995/1999 | Realiza los registros clínicos de acuerdo con la resolución 1995/1999. |

| 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<br>APOYO – GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO<br>FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO | CÓDIGO: AP-IA-FT-014<br>VERSIÓN: 01<br>FECHA: 2017-07-07 |
|---|---|---|

| | | |
|---|---|---|
| 10 | Cumplir las normas institucionales del comité de epidemiología (lavado de manos antes y después del manejo del paciente, técnica aséptica, normas de bioseguridad, medidas de aislamiento, aseo de unidades, desinfección de equipos entre otros). | Cumple con las normas del comité de epidemiología. |
| 11 | Responder por los inventarios, conservación y uso adecuado de los equipos elementos e insumos entregados al servicio. | Realiza el cuidado y la custodia de los equipos, elementos e insumos del servicio asignado. |
| 12 | Mantener organizadas las Historias Clínicas de conformidad con el manual de Historias clínicas vigentes para la institución. | Mantiene en orden las historias clinicas manuales de acuerdo con el manual de historias clínicas. |
| 13 | Dar cumplimiento con lo establecido en las normas y protocolos de la institución. | Cumple con protocolos, normas y guías de la institución. |
| 14 | Asistir a reuniones de grupo funcional y capacitaciones programadas por la institución. | asiste a las reuniones de grupo funcional y capacitaciones que se programan por la institución. |
| 15 | Realizar la desinfección oportuna de las camas libres y los traslados necesarios para poder asignar las camas a los pacientes que lo requieran. | Realiza la desinfección oportuna de las camas libre aportando con el giro cama. |
| 16 | Realizar la toma oportuna de las muestras de laboratorio que requieran los pacientes con el fin de agilizar el tratamiento. | Aplica el manual de toma de muestras de laboratorio clínico. |
| 17 | Asistir en la alimentación a los pacientes asignados conservando las precauciones establecidas según el caso. | Asiste a los pacientes en sus necesidades alimentarias. |
| 18 | Realizar el control de líquidos administrados y eliminados registrando en forma oportuna y adecuada los resultados. | Realiza el control de líquidos administrados y eliminados de forma oportuna aplicando el protocolo institucional. |
| 19 | Portar el uniforme en forma adecuada teniendo en cuenta las normas de presentación personal (cabello recogido, uñas cortas sin esmalte, no portar joyas y ropas no apretadas ni trasparentes). | no porta el uniforme de forma adecuada y las normas de bioseguridad y presentación personal. |
| 20 | Ofrecer trato con calidez y calidad al paciente y la familia, dando una atención humanizada, evitando la polémica y conservando el respeto por la dignidad humana. | Brinda un cuidado humanizado a los pacientes y a sus familias. |
| 21 | Impartir educación al paciente y a la familia sobre los cuidados específicos a tener en casa de acuerdo a la situación clínica del paciente. | Brinda educación a los pacientes y sus familias de acuerdo con la patología de base. |
| 22 | Mantener la reserva de la información clínica y personal de los pacientes. | Maneja la confidencialidad de la información de los pacientes. |

| | |
|---|---|
| **Observaciones:** | María Martínez Luna<br>**Firma del Contratista** |
| Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL.<br>En caso de tener contrato nuevo se debe anexar también la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro. | **C.** 20.409.519 **de** Bogotá |

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS | |
|---|---|
| NOMBRE: | Sandra Patricia Leon Caceres |
| CARGO: | Enfermera |
| FIRMA: | |

Simple

# PAGOSIMPLE | Prefactura

Fecha creación reporte: 2018-09-07, 03:26:59 PM  Tipo Planilla: PLANILLA INDEPENDIENTES

Periodo Cotización: septiembre de 2018  Periodo Servicio: septiembre de 2018  Número Planilla: 1015491024

Referencia pago (PIN): 8893725060

**CUARTADA 06/08/2018**

## I. DATOS DEL APORTANTE

| | |
|---|---|
| Razón Social | MARIA ELENA MARTINEZ LUNA |
| Documento | CC20409519 |
| Tipo de Empresa | INDEPENDIENTE |
| Tipo Persona | NATURAL |
| Ciudad | BOGOTA D.C. |
| Representante Legal | MARTINEZ LUNA MARIA ELENA |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Dirección | CLL 6 C N 81 B 24 | | |
| Teléfono | 3103206333 | | |
| Forma Presentación | ÚNICO | Total Afiliados | 1 |
| Departamento | BOGOTA D.C. | | |
| Identificación | CC20409519 | | |

IMPORTANTE: Señor aportante, si usted realiza el pago de su aporte después de las 3:00 PM solo se hará efectivo al día hábil siguiente; recuerde revisar su liquidación antes del pago, SIMPLE S.A.; da por entendido que el aportante está de acuerdo con la información suministrada, en consecuencia cualquier inconsistencia con las administradoras serán responsabilidad del aportante.

## II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | | | | | | | | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC-LR | AVP | VCT | IRP | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (X) Principal | MARTINEZ LUNA MARIA ELENA | 59 | 01 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| Días Cotizados | IBC Salud | Aporte Salud | Administradora | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 30 | $ 781.242 | $ 97.700 | POSITIVA DE SEGUROS | $ 781.242 | $ 19.100 | NINGUNA CCF | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 116.800 |

## III. TOTALES

| Días Cotizados | IBC Salud | Aporte Salud | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | IBC Caja | Aporte Caja | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE | TOTAL INTERESES | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 30 | $ 781.242 | $ 97.700 | $ 781.242 | $ 19.100 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 116.800 | $ 0 | $ 116.800 |

## IV. INFORMACION

| Día hábil de pago sin mora |
|---|
| 4 |

Periodo de cotización salud

| Enero | Febrero | Marzo | Abril | Mayo | Junio | Julio | Agosto | Septiembre | Octubre | Noviembre | Diciembre |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

Cafam-Colsubsidio-Mercadroguerías Cafam-Colsubsidio-

8888937250600000000991231

Grupo Éxito-Bancompartir-Comfandi-Grupo Éxito-Bancompartir

(415)7709998485884(8020)8893725060(3900)0000000(96)20991231

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Call: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 697 [illegible] 00 - Cartagena: 655 30 03 - Pereira: 313 93 00 - Barranquilla: 361 86 50 - Resto del País: 018000 971 971 - SIMPLE!

Página 1 de 1

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario.

Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

El Poder de lo SIMPLE!

Pregunte a su empleador si sus aportes a alguna de estas administradoras, alimentos o algún dispositivo médico. Si la respuesta es afirmativa, regístrelo ALEBRIJES

CORRESPONSAL
PAPELERIA NICO Y ALE
CLL 2 91-10

BANCO AV VILLAS

C.UNICO: 0015456619
MAESTRO
**0265
RECAUDO

TER: 99990350
Cc
RRN: 000276
RECIBO: 000015
APRO: 031779

SERVICIO: 6347
FACTURA: 0000000000008893725060
** PAGO FACTURA **
TRANSACCION EXITOSA

RECAUDO $ 116.800

*** CLIENTE ***
MAYOR INFORMACION EN LA LINEA

1043

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**
**FECHA: 2017-07-07**

## 1 DATOS GENERALES DEL CONTRATO

**No. CONTRATO - OPS:** PS 5549 2018 **C.D.P. No.:** 3045 **Proceso al que pertenece:** ALTA COMPLEJIDAD ASISTENCIAL
**Unidad a la que pertenece:** VICTORIA

**Nombre del Contratista:** MARIA ELENA MARTINEZ LUNA **C.C.** 20.409.519 **de:** Bogotà

**Fecha Inicio:** 2018-09-17 **Fecha Terminación incial:** 2018-10-16 **Valor Mensual:** $ 1.573.200 **Valor a cobrar:** $ 1.880.340

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | $ 1.863.400 | 3519 | 2018-10-27 | 2018-12-17 |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |

| N° CTA | MES DE CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR | VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL | NUMERO DE PLANILLA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Septiembre 2018 | $ 1.524.600 | $ 116.800 | 1015491024 |
| 2 | Octubre 2018 | $ 1.880.340 | $ 116.800 | 1016178946 |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |

**Resumen de contrato**

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 1.948.100 | $ 3.811.500 | $ 3.404.940 | $ 406.560 |

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

**OBJETO DEL CONTRATO**

Prestar sus servicios personales de apoyo, en su condición de técnico en Auxiliar de Enfermeria para la ejecución de actividades asistenciales en los diferentes servicios, conforme a las necesidades de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

**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 OBLIGACIÓN |
|---|---|---|
| 1 | Recibir y entregar turno de acuerdo al protocolo de recibo y entrega de turno, permitiendo dar continuidad al tratamiento y atención del usuario. | Cumple con el protocolo de recibo y entrega de turno. |
| 2 | Controlar los signos vitales de cada uno de los pacientes asignados con la periodicidad requerida según orden médica y de la Enfermera, registrandolos. | Realiza el control de signos vitales de los pacientes a cargo de acuerdo a la orden médica y al estado del paciente de acuerdo con el protocolo institucional. |
| 3 | Orientar y preparar a los pacientes para exámenes diagnóstico de acuerdo con los protocolos de manejo y tecnología requerida. Según normas establecidas para cada procedimiento. | Participa en la preparación de los pacientes a cargo para eámenes diagnósticos de acuerdo con lo requerido por cada procedimiento. |
| 4 | Realizar actividades propias del cuidado de enfermería previniendo eventos adversos como caídas, quemaduras, pérdida de elementos de los usuarios, fuga de usuarios, ulceras de presión, errores en la administración de medicamentos y otros. | **Debe fortalecer la aplicación de las medidas y barreras de seguridad instauradas por la institucion para la prevecion de eventos adversos** |
| 5 | Notificar inmediatamente los eventos adversos ocurridos a sus pacientes al médico de turno, jefe inmediato y en el aplicativo dispuesto para ello. | Realiza notificación de eventos ocurridos mediante los diferentes medios para ello. |
| 6 | Informar a la enfermera jefe del servicio y médico tratante, sobre los cambios del estado clínico de los pacientes en forma oportuna y adecuada. | Informa al médico y enfermera todo cambio en el estado clínico de los pacientes de forma oportuna. |
| 7 | Revisar la Historia clínica de los pacientes asignados conociendo su evolución diaria, tratamiento, para realizar el plan de cuidado de enfermería integral del paciente. | Revisa la historia clínica de los pacientes asignados realizando el plan de cuidados de acuerdo con el estado de los mismos. |
| 8 | Mantener limpio y ordenado la unidad de los pacientes asignados durante el turno. | Mantiene el orden la unidad de los pacientes a cargo durante el turno. |
| 9 | Realizar registros clínicos en forma oportuna, diligenciando todas las casillas correctamente y dando cumplimiento a la resolución 1995/1999 | Realiza los registros clínicos de acuerdo con la resolución 1995/1999. |

| | | |
|---|---|---|
| 10 | Cumplir las normas institucionales del comité de epidemiología (lavado de manos antes y después del manejo del paciente, técnica aséptica, normas de bioseguridad, medidas de aislamiento, aseo de unidades, desinfección de equipos entre otros). | Cumple con las normas del comité de epidemiología. |
| 11 | Responder por los inventarios, conservación y uso adecuado de los equipos elementos e insumos entregados al servicio. | Realiza el cuidado y la custodia de los equipos, elementos e insumos del servicio asignado. |
| 12 | Mantener organizadas las Historias Clínicas de conformidad con el manual de Historias clínicas vigentes para la institución. | Mantiene en orden las historias clínicas manuales de acuerdo con el manual de historias clínicas. |
| 13 | Dar cumplimiento con lo establecido en las normas y protocolos de la institución. | Cumple con protocolos, normas y guías de la institución. |
| 14 | Asistir a reuniones de grupo funcional y capacitaciones programadas por la institución. | asiste a las reuniones de grupo funcional y capacitaciones que se programan por la institución. |
| 15 | Realizar la desinfección oportuna de las camas libres y los traslados necesarios para poder asignar las camas a los pacientes que lo requieran. | Realiza la desinfección oportuna de las camas libre aportando con el giro cama. |
| 16 | Realizar la toma oportuna de las muestras de laboratorio que requierah los pacientes con el fin de agilizar el tratamiento. | Aplica el manual de toma de muestras de laboratorio clínico. |
| 17 | Asistir en la alimentación a los pacientes asignados conservando las precauciones establecidas según el caso. | Asiste a los pacientes en sus necesidades alimentarias. |
| 18 | Realizar el control de líquidos administrados y eliminados registrando en forma oportuna y adecuada los resultados. | Realiza el control de líquidos administrados y eliminados de forma oportuna aplicando el protocolo institucional. |
| 19 | Portar el uniforme en forma adecuada teniendo en cuenta las normas de presentación personal (cabello recogido, uñas cortas sin esmalte, no portar joyas y ropas no apretadas ni trasparentes). | no porta el uniforme de forma adecuada y las normas de bioseguridad y presentación personal. |
| 20 | Ofrecer trato con calidez y calidad al paciente y la familia, dando una atención humanizada, evitando la polémica y conservando el respeto por la dignidad humana. | Brinda un cuidado humanizado a los pacientes y a sus familias. |
| 21 | Impartir educación al paciente y a la familia sobre los cuidados específicos a tener en casa de acuerdo a la situación clínica del paciente. | Brinda educación a los pacientes y sus familias de acuerdo con la patología de base. |
| 22 | Mantener la reserva de la información clínica y personal de los pacientes. | Maneja la confidencialidad de la información de los pacientes. |

| | |
|---|---|
| Observaciones: | Firma del Contratista |
| Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL.<br>En caso de tener contrato nuevo se debe anexar también la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro. | C. 20.409.519 de Bogotà |

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS | |
|---|---|
| NOMBRE | Sandra Patricia Leon Caceres |
| CARGO | Enfermera |
| FIRMA | |

# PAGOSIMPLE | Prefactura

Fecha creación reporte: 2018-10-11, 11:44:32 AM  Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Periodo Cotización: octubre de 2018  Periodo Servicio: octubre de 2018

Número Planilla: 1016178946

Referencia pago (PIN): 8894793790

**GUARDADA 19/09/2018**

## I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Razón Social | MARIA ELENA MARTINEZ LUNA | Dirección | CLL 6 C N 81 B 24 | | |
| Documento | CC20409519 | Teléfono | 3103206333 | | |
| Tipo de Empresa | INDEPENDIENTE | Forma Presentación | ÚNICO | Total Afiliados | 1 |
| Tipo Persona | NATURAL | Departamento | BOGOTA D.C. | | |
| Ciudad | BOGOTA D.C. | Identificación | | | |
| Representante Legal | | | | | |

IMPORTANTE: Señor aportante, si usted realiza el pago de su aporte después de las 3:00 PM este se hará efectivo al día hábil siguiente; recuerde revisar su liquidación antes del pago, SIMPLE S.A.; da por entendido que el aportante está de acuerdo con la información suministrada, en consecuencia cualquier inconsistencia con las administradoras serán responsabilidad del aportante.

## II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | IGE | IRET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | CORI | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días APP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Administradora | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |
| CC 20409519 | MARTINEZ LUNA MARIA ELENA | 59 | 03 | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | 30 | 30 | 0 | MINGUNA AFP | $ 0 | $ 0 | SALUD TOTAL EPS | $ 781.242 | $ 97.700 | POSITIVA DE SEGUROS | $ 781.242 | $ 19.100 | NINGUNA CCF | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 116.800 |

## III.TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes FSP | Aportes FSS | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE | TOTAL INTERESES | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 0 | $ 781.242 | $ 781.242 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 97.700 | $ 19.100 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 116.800 | $ 0 | $ 116.800 |

## IV.INFORMACION

| Día hábil de pago sin mora |
|---|
| 4 |

| Periodo de cotización salud | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Enero | Febrero | Marzo | Abril | Mayo | Junio | Julio | Agosto | Septiembre | Octubre | Noviembre | Diciembre |
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

Cafam-Colsubsidio-Mercadroguerias Cafam-Colsubsidio-

8888947937900000000991231

Grupo Éxito-Bancompartir-Comfandi-Grupo Éxito-Bancompartir

(415)7709998485884(8020)8894793790(3900)0000000(96)20991231



Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 655 30 03 - Pereira: 313 93 00 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

CORRESPONSAL
MISCELANEA NICO Y ALE
Banco AV Villas
PUNTO DE SERVICIO
No.: 7581
AUTORIZACION NUMERO: 778974
BANCO AV VILLAS
PAGO DE SERVICIOS PUBLICOS
CUENTA CORRIENTE
SIMPLE S.A.
FACTURA: 8894793790
TARJETA XXXXXXXXXXXX0388
VALOR: $116.800,00
TRANSACCION EXITOSA
EN: OCT 23, 18
COSTO DE TRANSACCION $0.00
VER.APP 1.94
-- COPIA USUARIO --

5549

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**
**FECHA: 2017-07-07**

## 1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

**No. CONTRATO - OPS:** PS 5549 2018 **C.D.P. No.:** 3045 **Proceso al que pertenece:** ALTA COMPLEJIDAD ASISTENCIAL

**Unidad a la que pertenece:** VICTORIA

**Nombre del Contratista:** MARIA ELENA MARTINEZ LUNA **C.C.** 20.409.519 **de:** Bogotà

**Fecha Inicio:** 2018-09-17 **Fecha Terminación Inicial:** 2018-10-16 **Valor Mensual:** $ 1.573.200 **Valor a cobrar:** $ 1.575.420

| ADICIÓN OTRO SÍ | VALOR ADICIÓN | No. CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | $ 1.863.400 | 3519 | 2018-10-27 | 2018-12-17 |
| 2 | $ 2.337.720 | 3751 | 2018-11-28 | 2018-12-15 |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |

| No. CTA | MES DE CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR | VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL | NUMERO DE PLANILLA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Septiembre 2018 | $ 1.524.600 | $ 116.800 | 1015491024 |
| 2 | Octubre 2018 | $ 1.880.340 | $ 116.800 | 1016178946 |
| 3 | Noviembre 2018 | $ 1.575.420 | $ 116.800 | 1016824263 |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |

**Resumen de contrato**

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 1.948.100 | $ 6.149.220 | $ 4.980.360 | $ 1.168.860 |

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

**OBJETO DEL CONTRATO**

Prestar sus servicios personales de apoyo, en su condición de técnico en Auxiliar de Enfermeria para la ejecución de actividades asistenciales en los diferentes servicios, conforme a las necesidades de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

**Relación de actividades para el periodo:** **Desde:** 2018-11-01 **Hasta:** 2018-11-30

| | OBLIGACIONES ESPECIFICAS (Las estipuladas en la minuta) | DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE DADA OBLIGACIÓN |
|---|---|---|
| 1 | Recibir y entregar turno de acuerdo al protocolo de recibo y entrega de turno, permitiendo dar continuidad al tratamiento y atención del usuario. | Cumple con el protocolo de recibo y entrega.de turno. |
| 2 | Controlar los signos vitales de cada uno de los pacientes asignados con la periodicidad requerida según orden médica y de la Enfermera, registrandolos. | Realiza el control de signos vitales de los pacientes a cargo de acuerdo a la orden médica y al estado del paciente de acuerdo con el protocolo institucional. |
| 3 | Orientar y preparar a los pacientes para exámenes diagnóstico de acuerdo con los protocolos de manejo y tecnología requerida. Según normas establecidas para cada procedimiento. | Participa en la preparación de los pacientes a cargo para eámenes diagnósticos de acuerdo con lo requerido por cada procedimiento. |
| 4 | Realizar actividades propias del cuidado de enfermería previniendo eventos adversos como caídas, quemaduras, pérdida de elementos de los usuarios, fuga de usuarios, ulceras de presión, errores en la administración de medicamentos y otros. | **Debe fortalecer la aplicación de las medidas y barreras de seguridad instauradas por la institucion para la prevecion de eventos adversos** |
| 5 | Notificar inmediatamente los eventos adversos ocurridos a sus pacientes al médico de turno, jefe inmediato y en el aplicativo dispuesto para ello. | Realiza notificación de eventos ocurridos mediante los diferentes medios para ello. |
| 6 | Informar a la enfermera jefe del servicio y médico tratante, sobre los cambios del estado clínico de los pacientes en forma oportuna y adecuada. | Informa al médico y enfermera todo cambio en el estado clínico de los pacientes de forma oportuna. |
| 7 | Revisar la Historia clínica de los pacientes asignados conociendo su evolución diaria, tratamiento, para realizar el plan de cuidado de enfermería integral del paciente. | Revisa la historia clínica de los pacientes asignados realizando el plan de cuidados de acuerdo con el estado de los mismos. |
| 8 | Mantener limpio y ordenado la unidad de los pacientes asignados durante el turno. | Mantiene el orden la unidad de los pacientes a cargo durante el turno. |
| 9 | Realizar registros clínicos en forma oportuna, diligenciando todas las casillas correctamente y dando cumplimiento a la resolución 1995/1999 | Realiza los registros clínicos de acuerdo con la resolución 1995/1999. |

| | | |
|---|---|---|
| 10 | Cumplir las normas institucionales del comité de epidemiología (lavado de manos antes y después del manejo del paciente, técnica aséptica, normas de bioseguridad, medidas de aislamiento, aseo de unidades, desinfección de equipos entre otros). | Cumple con las normas del comité de epidemiología. |
| 11 | Responder por los inventarios, conservación y uso adecuado de los equipos elementos e insumos entregados al servicio. | Realiza el cuidado y la custodia de los equipos, elementos e insumos del servicio asignado. |
| 12 | Mantener organizadas las Historias Clínicas de conformidad con el manual de Historias clínicas vigentes para la institución. | Mantiene en orden las historias clinicas manuales de acuerdo con el manual de historias clínicas. |
| 13 | Dar cumplimiento con lo establecido en las normas y protocolos de la institución. | Cumple con protocolos, normas y guías de la institución. |
| 14 | Asistir a reuniones de grupo funcional y capacitaciones programadas por la institución. | asiste a las reuniones de grupo funcional y capacitaciones que se programan por la institución. |
| 15 | Realizar la desinfección oportuna de las camas libres y los trasiados necesarios para poder asignar las camas a los pacientes que lo requieran. | Realiza la desinfección oportuna de las camas libre aportando con el giro cama. |
| 16 | Realizar la toma oportuna de las muestras de laboratorio que requieran los pacientes con el fin de agilizar el tratamiento. | Aplica el manual de toma de muestras de laboratorio clínico. |
| 17 | Asistir en la alimentación a los pacientes asignados conservando las precauciones establecidas según el caso. | Asiste a los pacientes en sus necesidades alimentarias. |
| 18 | Realizar el control de líquidos administrados y eliminados registrando en forma oportuna y adecuada los resultados. | Realiza el control de líquidos administrados y eliminados de forma oportuna aplicando el protocolo institucional. |
| 19 | Portar el uniforme en forma adecuada teniendo en cuenta las normas de presentación personal (cabello recogido, uñas cortas sin esmalte, no portar joyas y ropas no apretadas ni trasparentes). | no porta el uniforme de forma adecuada y las normas de bioseguridad y presentación personal. |
| 20 | Ofrecer trato con calidez y calidad al paciente y la familia, dando una atención humanizada, evitando la polémica y conservando el respeto por la dignidad humana. | Brinda un cuidado humanizado a los pacientes y a sus familias. |
| 21 | Impartir educación al paciente y a la familia sobre los cuidados específicos a tener en casa de acuerdo a la situación clínica del paciente. | Brinda educación a los pacientes y sus familias de acuerdo con la patología de base. |
| 22 | Mantener la reserva de la información clínica y personal de los pacientes. | Maneja la confidencialidad de la información de los pacientes. |

| | |
|---|---|
| **Observaciones:** | Firma del Contratista |
| Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL.<br>En caso de tener contrato nuevo se debe anexar también la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro. | C. 20.409.519 de Bogotà |

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS | |
|---|---|
| NOMBRE: | Sandra Patricia Leon Caceres |
| CARGO: | Enfermera |
| FIRMA: | |

# PAGOSIMPLE | Prefactura

Fecha creación reporte: 2018-11-14, 10:45:50 AM | Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES | Número Planilla: 1016824263

Periodo Cotización: noviembre de 2018 | Periodo Servicio: noviembre de 2018 | Referencia pago (PIN): 8895756840

**GUARDADA 23/10/2018**

## I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Razón Social | MARIA ELENA MARTINEZ LUNA | | | | |
| Documento | CC 20409519 | Dirección | CLL 6 C N 81 B 24 | | |
| Tipo de Empresa | INDEPENDIENTE | Teléfono | 3103206333 | | |
| Tipo Persona | NATURAL | Forma Presentación | ÚNICO | Total Afiliados | 1 |
| Ciudad | BOGOTA D.C. | Departamento | BOGOTA D.C. | | |
| Representante Legal | | Identificación | | | |

IMPORTANTE: Señor aportante, si usted realiza el pago de su aporte después de las 3:00 PM este se hará efectivo al día hábil siguiente; recuerde revisar su liquidación antes del pago, SIMPLE S.A.; da por entendido que el aportante está de acuerdo con la información suministrada, en consecuencia cualquier inconsistencia con las administradoras serán responsabilidad del aportante.

## II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Administradora | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |
| CC 20409519 | MARTINEZ LUNA MARIA ELENA | 59 | 03 | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | 30 | 30 | 0 | NINGUNA AFP | $ 0 | $ 0 | SALUD TOTAL EPS | $ 781.242 | $ 97.700 | POSITIVA DE SEGUROS | $ 781.242 | $ 19.100 | NINGUNA CCF | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 116.800 |

## III.TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud. | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes FSP | Aportes FSS | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE | TOTAL INTERESES | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 0 | $ 781.242 | $ 781.242 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 97.700 | $ 19.100 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 116.800 | $ 0 | $ 116.800 |

## IV.INFORMACION

| Día hábil de pago sin mora |
|---|
| 4 |

| Periodo de cotización salud | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Enero | Febrero | Marzo | Abril | Mayo | Junio | Julio | Agosto | Septiembre | Octubre | Noviembre | Diciembre |
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

Cafam-Colsubsidio-Mercadroguerías Cafam-Colsubsidio-

8888957568400000000991231

Grupo Éxito-Bancompartir-Comfandi-Grupo Éxito-Bancompartir

(415)7709998485884(8020)8895756840(3900)0000000(96)20991231



Lineas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellin: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 655 30 03 - Pereira: 313 93 00 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

NOV 14 2018 12:51:32 RBMICT 8.00
CORRESPONSAL
PAPELERIA NICO Y ALE
CCO TINTAL PLAZA INT
BANCO AV VILLAS
C. UNICO:0015456627 TER: 99996969
MAESTRO Cc
**0205 RECIBO: 010117 RRN: 021299
RECAUDO APRO: 015546
SERVICIO: 6347
FACTURA: 0000000000000008895756840
** PAGO FACTURA **
TRANSACCION EXITOSA
RECAUDO $ 116.800
*** CLIENTE ***
MAYOR INFORMACION EN LA LINEA

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**
**FECHA: 2017-07-07**

## 1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. CONTRATO - OPS:** | PS 5549 2018 | **C.D.P. No.:** | 3045 | **Proceso al que pertenece:** | ALTA COMPLEJIDAD ASISTENCIAL |
| | | | | **Unidad a la que pertenece:** | VICTORIA |
| **Nombre del Contratista:** | MARIA ELENA MARTINEZ LUNA | **C.C.** | 20.409.519 | **de:** | Bogotà |
| **Fecha Inicio:** | 2018-09-17 | **Fecha Terminación incial:** | 2018-10-16 | **Valor Mensual:** | $ 1.573.200 |
| **Valor a cobrar:** | $ 1.677.060 | | | | |

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | $ 1.863.400 | 3519 | 2018-10-27 | 2018-12-17 |
| 2 | $ 2.337.720 | 3751 | 2018-11-28 | 2018-12-15 |
| 3 | $ 1.727.880 | 4019 | 2018-12-16 | 2019-01-15 |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |

| Nº CTA | MES DE CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR | VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL | NUMERO DE PLANILLA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Septiembre 2018 | $ 1.524.600 | $ 116.800 | 1015491024 |
| 2 | Octubre 2018 | $ 1.880.340 | $ 116.800 | 1016178946 |
| 3 | Noviembre 2018 | $ 1.575.420 | $ 116.800 | 1016824263 |
| 4 | Diciembre 2018 | $ 1.677.060 | $ 116.800 | 1016840831 |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |

**Resumen de contrato**

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 1.948.100 | $ 7.877.100 | $ 6.657.420 | $ 1.219.680 |

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

**OBJETO DEL CONTRATO**

Prestar sus servicios personales de apoyo, en su condición de técnico en Auxiliar de Enfermeria para la ejecución de actividades asistenciales en los diferentes servicios, conforme a las necesidades de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

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

| | OBLIGACIONES ESPECIFICAS (Las estipuladas en la minuta) | DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN |
|---|---|---|
| 1 | Recibir y entregar turno de acuerdo al protocolo de recibo y entrega de turno, permitiendo dar continuidad al tratamiento y atención del usuario. | Cumple con el protocolo de recibo y entrega de turno. |
| 2 | Controlar los signos vitales de cada uno de los pacientes asignados con la periodicidad requerida según orden médica y de la Enfermera, registrandolos. | Realiza el control de signos vitales de los pacientes a cargo de acuerdo a la orden médica y al estado del paciente de acuerdo con el protocolo institucional. |
| 3 | Orientar y preparar a los pacientes para exámenes diagnóstico de acuerdo con los protocolos de manejo y tecnologia requerida. Según normas establecidas para cada procedimiento. | Participa en la preparación de los pacientes a cargo para eámenes diagnósticos de acuerdo con lo requerido por cada procedimiento. |
| 4 | Realizar actividades propias del cuidado de enfermería previniendo eventos adversos como caídas, quemaduras, pérdida de elementos de los usuarios, fuga de usuarios, ulceras de presión, errores en la administración de medicamentos y otros. | **Debe fortalecer la aplicación de las medidas y barreras de seguridad instauradas por la institucion para la prevecion de eventos adversos** |
| 5 | Notificar inmediatamente los eventos adversos ocurridos a sus pacientes al médico de turno, jefe inmediato y en el aplicativo dispuesto para ello. | Realiza notificación de eventos ocurridos mediante los diferentes medios para ello. |
| 6 | Informar a la enfermera jefe del servicio y médico tratante, sobre los cambios del estado clínico de los pacientes en forma oportuna y adecuada. | Informa al médico y enfermera todo cambio en el estado clínico de los pacientes de forma oportuna. |
| 7 | Revisar la Historia clínica de los pacientes asignados conociendo su evolución diaria, tratamiento, para realizar el plan de cuidado de enfermería integral del paciente. | Revisa la historia clinica de los pacientes asignados realizando el plan de cuidados de acuerdo con el estado de los mismos. |
| 8 | Mantener limpio y ordenado la unidad de los pacientes asignados durante el turno. | Mantiene el orden la unidad de los pacientes a cargo durante el turno. |
| 9 | Realizar registros clínicos en forma oportuna, diligenciando todas las casillas correctamente y dando cumplimiento a la resolución 1995/1999 | Realiza los registros clínicos de acuerdo con la resolución 1995/1999. |

| 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<br>APOYO – GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO<br>FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO | CÓDIGO: AP-IA-FT-014<br>VERSIÓN: 01<br>FECHA: 2017-07-07 |
|---|---|---|

| | | |
|---|---|---|
| 10 | Cumplir las normas institucionales del comité de epidemiología (lavado de manos antes y después del manejo del paciente, técnica aséptica, normas de bioseguridad, medidas de aislamiento, aseo de unidades, desinfección de equipos entre otros). | Cumple con las normas del comité de epidemiología. |
| 11 | Responder por los inventarios, conservación y uso adecuado de los equipos elementos e insumos entregados al servicio. | Realiza el cuidado y la custodia de los equipos, elementos e insumos del servicio asignado. |
| 12 | Mantener organizadas las Historias Clínicas de conformidad con el manual de Historias clínicas vigentes para la institución. | Mantiene en orden las historias clinicas manuales de acuerdo con el manual de historias clínicas. |
| 13 | Dar cumplimiento con lo establecido en las normas y protocolos de la institución. | Cumple con protocolos, normas y guías de la institución. |
| 14 | Asistir a reuniones de grupo funcional y capacitaciones programadas por la institución. | asiste a las reuniones de grupo funcional y capacitaciones que se programan por la institución. |
| 15 | Realizar la desinfección oportuna de las camas libres y los traslados necesarios para poder asignar las camas a los pacientes que lo requieran. | Realiza la desinfección oportuna de las camas libre aportando con el giro cama. |
| 16 | Realizar la toma oportuna de las muestras de laboratorio que requieran los pacientes con el fin de agilizar el tratamiento. | Aplica el manual de toma de muestras de laboratorio clínico. |
| 17 | Asistir en la alimentación a los pacientes asignados conservando las precauciones establecidas según el caso. | Asiste a los pacientes en sus necesidades alimentarias. |
| 18 | Realizar el control de líquidos administrados y eliminados registrando en forma oportuna y adecuada los resultados. | Realiza el control de líquidos administrados y eliminados de forma oportuna aplicando el protocolo institucional. |
| 19 | Portar el uniforme en forma adecuada teniendo en cuenta las normas de presentación personal (cabello recogido, uñas cortas sin esmalte, no portar joyas y ropas no apretadas ni trasparentes). | no porta el uniforme de forma adecuada y las normas de bioseguridad y presentación personal. |
| 20 | Ofrecer trato con calidez y calidad al paciente y la familia, dando una atención humanizada, evitando la polémica y conservando el respeto por la dignidad humana. | Brinda un cuidado humanizado a los pacientes y a sus familias. |
| 21 | Impartir educación al paciente y a la familia sobre los cuidados específicos a tener en casa de acuerdo a la situación clínica del paciente. | Brinda educación a los pacientes y sus familias de acuerdo con la patología de base. |
| 22 | Mantener la reserva de la información clínica y personal de los pacientes. | Maneja la confidencialidad de la información de los pacientes. |

| | |
|---|---|
| Observaciones: | Firma del Contratista |
| Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL.<br>En caso de tener contrato nuevo se debe anexar también la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro. | C. 20.409.519 de Bogotà |

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS | |
|---|---|
| NOMBRE: | Sandra Patricia Leon Caceres |
| CARGO: | Enfermera |
| FIRMA | |

# PAGOSIMPLE | Prefactura

Fecha creación reporte: 2018-12-14, 09:25:51 AM  Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES  Número Planilla: 1016840831

Periodo Cotización: diciembre de 2018  Periodo Servicio: diciembre de 2018  Referencia pago (PIN): 8895756840

**GUARDADA 14/11/2018**

## I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Razón Social | MARIA ELENA MARTINEZ LUNA | | | | |
| Documento | CC20409519 | Dirección | CLL 6 C N 81 B 24 | | |
| Tipo de Empresa | INDEPENDIENTE | Teléfono | 3103206333 | | |
| Tipo Persona | NATURAL | Forma Presentación | ÚNICO | Total Afiliados | 1 |
| Ciudad | BOGOTA D.C. | Departamento | BOGOTA D.C. | | |
| Representante Legal | | Identificación | | | |

IMPORTANTE: Señor aportante, si usted realiza el pago de su aporte después de las 3:00 PM este se hará efectivo al día hábil siguiente; recuerde revisar su liquidación antes del pago, SIMPLE S.A.; da por entendido que el aportante está de acuerdo con la información suministrada, en consecuencia cualquier inconsistencia con las administradoras serán responsabilidad del aportante.

## II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VST | IRP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Administradora | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |
| CC 20409519 | MARTINEZ LUNA MARIA ELENA | 59 | 03 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | 30 | 30 | 0 | NINGUNA AFP | $ 0 | $ 0 | SALUD TOTAL EPS | $ 781.242 | $ 97.700 | POSITIVA DE SEGUROS | $ 781.242 | $ 19.100 | NINGUNA CCF | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 116.800 |

## III.TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes FSP | Aportes FSS | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE | TOTAL INTERESES | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 0 | $ 781.242 | $ 781.242 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 97.700 | $ 19.100 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 116.800 | $ 0 | $ 116.800 |

## IV.INFORMACION

| Día hábil de pago sin mora |
|---|
| 4 |

Periodo de cotización salud

| Enero | Febrero | Marzo | Abril | Mayo | Junio | Julio | Agosto | Septiembre | Octubre | Noviembre | Diciembre |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☒ | ☐ | ☐ | ☐ | ☒ | ☐ | ☐ |

Cafam-Colsubsidio-Mercadroguerías Cafam-Colsubsidio-

8888957568400000000991231

Grupo Éxito-Bancompartir-Comfandi-Grupo Éxito-Bancompartir

(415)7709998485884(8020)8895756840(3900)0000000(96)20991231



Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 -
¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

DIC 14 2018 10:26:19 REIMICT 8.11
CORRESPONSAL
APELERIA NICO Y ALE
CO TINTAL PLAZA INT
BANCO AV VILLAS
CO:0015456627 TER: 11QZZ204
RO Cc
3 RECIBO: 005604 RRN: 011645
AUDO APRO: 007394
CIO: 6347
RA: 0000000000000008895756840
** PAGO FACTURA **
TRANSACCION EXITOSA
AUDO $ 116.800
*** CLIENTE ***
MAYOR INFORMACION EN LA LINEA

6459