Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTIÓN DE CONTRATACIÓN
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 03
FECHA: 2021-12-27

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 4087 2022	**C.D.P. No.:**	530	**Proceso que pertenece:**	MISIONAL
				Servicio al que pertenece:	HOSPITALIZACION
				Unidad a la que pertenece:	SAN BLAS
Nombre del Contratista:	ANA MERY ALVAREZ ESPINOSA	**C.C.**	52.099.462	**de:**	BOGOTA
Fecha Inicio:	2022-02-16	**Fecha Terminación inicial:**	2023-12-31	**Valor Mensual:**	$ 1.758.630
Valor a cobrar:	$1.855.080				

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 216.192	860	2023-04-04	2023-12-31
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO PLANILLA
1	FEBRERO	$ 550.800	$ 309.400	56113131	3/2/2022
2	MARZO	$ 1.762.560	$ 309.400	56781768	2/3/2022
3	ABRIL	$ 1.542.240	$ 309.400	57561162	1/4/2022
4	MAYO	$ 1.701.900	$ 309.400	58229432	4/5/2022
5	JUNIO	$ 1.701.900	$ 309.400	59381734	6/6/2022
6	JULIO	$ 1.815.360	$ 309.400	60063649	11/7 2022
7	AGOSTO	$ 1.588.440	$ 309.400	60432086	8/8//22
8	SEPTIEMBRE	$ 1.701.900	$ 309.400	61224241	8/9/2022
9	OCTUBRE	$ 1.815.360	$ 309.400	61753804	8 10 2022
10	NOVIEMBRE	$ 1.701.900	$ 309.400	62694569	3 11 2022
11	DICIEMBRE	$ 1.701.900	$ 309.400	63430165	5 12 2022
12	ENERO	$ 1.815.360	$ 358.900	64236679	2/1/23
13	FEBRERO	$ 1.588.440	$ 358.900	64929430	6/2/23
14	MARZO	$ 1.701.900	$ 358.900	65660767	3/3/23
15	ABRIL	$ 1.855.080	$ 358.900	66474200	1/4/23
16	MAYO	$ 1.978.752	$ 358.900	67182634	4/5/23
17	JUNIO	$ 1.855.080	$ 358.900	67958432	5/6/23
18	JULIO	$ 1.855.080	$ 358.900	68733738	4/7/23
19	AGOSTO	$ 1.978.752	$ 358.900	69475089	8/8/23
20	SEPTIEMBRE	$ 1.855.080	$ 358.900	70267293	4/9/23

Resumen de contrato	VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
	$ 39.657.600	$ 39.873.792	$ 34.191.456	$ 5.682.336

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIO TECNICO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA II PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2023-09-01 **Hasta:** 2023-09-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCION DEL DESARROLLO	
		ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	se realizo el debido recibo y entrega de turno en el respectivo servicio designado a lo largo del mes	se realizo el debido recibo y entrega de turno en el respectivo servicio designado a lo largo del mes	Libros de reibo y entrega de turno
2	Prestar el servicio de conformidad con la programacionde agenda acordada con el supervisor del contrato, para el desarrollo de sus actividades	Se desarrollaron las actividades contractuales de al cronograma para el mes	Programacion de Turnos
3	Controlar los signos vitales de cada uno de los pacientes asignados con la periodicidad requerida según orden médica, orden de Enfermeria y protocoló institucional, informando al médico y enfermera las alteraciones encontradas y registrándolas en la historia clinica digital	Se realizo la toma al 100% de los pacientes asignados el mes	Historias Clinicas Aplicativo Dinamica
4	Orientar y preparar a los pacientes para exámenes diagnóstico de acuerdo con los protocolos de manejo y tecnologia requerida. Según normas establecidas	Se realizo la preparacion al 100% de los pacientes asignados en el mes	Historias Clinicas Aplicativo Dinamica
5	Realizar actividades propias del cuidado de enfermería previniendo acciones inseguras en la prestación de servicios de salud.	El 100% de las actividades derivadas del plan de cuidado de enfermeria se realizaron teniendo en cuenta las practicas seguras en el mes	Historias Clinicas Aplicativo Dinamica
6	Notificar inmediatamente las acciones inseguras ocurridas a sus pacientes al médico de turno, jefe inmediato y en el sistema de reporte.	Se realizo el reportes de los sucesos de seguriadad identificados en el mes	Aplicativo Almera
7	Informar a la enfermera jefe del servicio y al médico tratante, sobre los cambios del estado clínico de los pacientes en forma oportuna y adecuada.	Se garantizo el reporte del 100% de las desviaciones en la evolucion del paciente al equipo de trabajo el mes	Historias Clinicas Aplicativo Dinamica
8	Revisar la Historia clínica de los pacientes asignados conociendo su evolución diaria, tratamiento, para realizar el plan de cuidado de enfermería integral del paciente	Se realizo la revision de las historias clinica del 100% de los pacientes asignados en el r	Historias Clinicas Aplicativo Dinamica
9	Mantener limpio y ordenado la unidad de los pacientes asignados durante el turno	Se garantizo el proceso de limpieza y desinfeccion, rutinaria y terminal de las unidades del paciente asi como de las diferentes areas del servicio durante el mes	Formato de Limpieza y Desinfeccion
10	diligenciar los registros de las atenciones, procedimientos, actividades e intervenciones, que permita mantener actualizados los informes estadisticos definidos por la normatividad vigente y todos aquellos registros necesarios para	Se realizo el registro de las actividades realizadas en los pacientes asignados en el aplicat	Historias Clinicas Aplicativo Dinamica
11	Cumplir las normas institucionales de bioseguridad, vigilancia epidemiológica, gestión ambiental, salud ocupacional y demás políticas Institucionales.	Se garantizo el cumplimiento de las normas institucionales en el mes	Seguimiento supervicion

CUENTA DE COBRO - 20 -2023
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
Nit. 900.959.051-7

DEBE A:
ANA MERY ALVAREZ ESPINOSA
C.C 52.099.462 DE BOGOTÁ

LA SUMA DE:

($1.855. 080) UN MILLÓN OCHOCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL OCHENTA PESOS MCTE

Por concepto de 180 horas, honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No PS 4087 de 2022 correspondiente del 01 al 30 de Septiembre de 2023.

OBJETO PRESTAR SERVICIOS DE ACUERDO A SU PERFIL ACADÉMICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES DE AUXILIAR EN ENFERMERIA CON DISPONIBILIDAD DE CUMPLIMIENTO DE LA MISIÓN Y LA VISIÓN DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Cordialmente:

- Ana Mery Alvarez Espinosa.
ANA MERY ALVAREZ ESPINOSA
C.C. 52.099.462 DE BOGOTÁ
TELÉFONO : 321 4 37 84 07
Dirección: calle 35 a sur # 91-44
No de Cuenta: Ahorros Davivienda 0570004870310507
Fecha: 30 / SEPTIEMBRE / 2023.

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52099462	ANA MERY ALVAREZ ESPINOSA	CL 35 A SUR NO 91 44	2730289	anameryalvarezespinoza@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2023-08	2023-08	I	04/09/2023	70267293	$358.900

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	145.000	0		0		0	0	0	0	145.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	185.600	0	0	0	0	0	0		185.600	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	28.300				28.300	0	0	28.300			283	28.300	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	145.000	145.000
Pensión	1	185.600	185.600
Riesgos Laborales	1	28.300	28.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	358.900	358.900

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