204h.

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 6434 2023	**C.D.P. No.:**	2127	**Proceso que pertenece:**	MISIONAL
				Servicio al que pertenece:	HOSPITALIZACIÓN
				Unidad a la que pertenece:	UMHES VICTORIA

Nombre del Contratista: HAMMES ARLEY ACOSTA MARQUEZ **C.C.** 1.010.840.321 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 23-08-20232 **Fecha Terminación inicial:** 2023-09-20 **Valor Mensual:** $ 1.916.916 **Valor a cobrar:** $ 2.102.424

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 1.133.600	2796	2023-09-21	2023-10-10
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO PLANILLA
1	OCTUBRE	$ 2.102.424	-	-	-
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 2.267.320	$ 3.400.920	$ 2.102.424	$ 1.298.496

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:** 2023-10-01 **Hasta:** 2023-10-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUTO O EVIDENCIA
1	Recibir y entregar turno de acuerdo a lo acordado con el Supervisor y de conformidad al objeto misional de la Entidad.	Se recibe y entrega turno en tiempo y forma según lo acordado con el supervisor en el mes de OCTUBRE 2023	Programacion de actividades
2	Prestar el servicio de conformidad con la programación de agenda acordada con el supervisor del contrato, para el desarrollo de sus actividades.	Se cumplio con la asignacion del cuadro de turnos asignada desde la coordiancion de enfermeria de OCTUBRE 2023	Programacion de actividades
3	Controlar los signos vitales de cada uno de los pacientes asignados con la periodicidad requerida según orden médica, orden de Enfermeria y protocolo institucional, informando al médico y enfermera las alteraciones encontradas y registrándolas en la historia clínica digital.	Se realizo el contro de signos vitales según protocolo de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente de OCTUBRE 2023	Historias clinicas aplicativo dinamica
4	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.	El 100% de los pacientes que requerieron examenes se realizo preparacion y se le explico los procedimientos a realizar, para el mes de OCTUBRE 2023	Historias clinicas aplicatico dinamica
5	Realizar actividades propias del cuidado de enfermería previniendo acciones inseguras en la prestación de servicios de salud.	Se realizo la identificacion del 100% de los pacientes comparando los datos de la historia clinica, manillas tableros, se diligencio formato de riesgo de caidas, para el mes de OCTUBRE 2023	Historias clinicas aplicatico 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, para el mes de OCTUBRE 2023	Se realiza reporte de eventos adversos y sucesos de seguridad al paciente por medio de los diferentes canales de reporte.
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 notifica de forma verbal y escrita a la jefe de turno y medico tratante sobre cambios que presente el paciente, para el mes de OCTUBRE 2023	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 Enfermeria integral del paciente.	Se aplica el PAE instaurado por la jefe en cada turno, para el mes de OCTUBRE 2023	Historias Clinicas Aplicativo Dinamica
9	Mantener limpio y ordenado la unidad de los pacientes asignados durante el turno.	Se realizo limpienza recuerente entre semana y fines de semana desinfeccion terminal para mantener limpio y ordenada la unidad del paciente, para el mes de OCTUBRE 2023	Formatos de Limpieza y desinfeccion
10	Diligenciar los registros de las atenciones, procedimientos, actividades e intervenciones, que permita mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la normatividad vigente y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación.	Se garantizo el cumplimiento de las normas institucionales en el mes de OCTUBRE 2023	Seguimiento supervisión
11	Cumplir las normas institucionales de bioseguridad, vigilancia epidemiológica, gestión ambiental, salud ocupacional y demás politicas Institucionales.	Se realizo cumplimento de directrices y protocolos de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente para el mes de OCTUBRE 2023	Seguimiento supervisión
12	Responder por los inventarios, realizar control, conservación y uso adecuado de los equipos, elementos e insumos, al igual que el cuidado de la infraestructura del servicio y/o área donde se encuentre desarrollando las actividades.	Se realizo la revision diaria del inventario correspondiente al area en el mes de OCTUBRE 2023	Seguimiento supervisión
13	Cumplir con los procesos, procedimientos, guías y demás normas definidas por la entidad, de conformidad con el objeto del contrato.	Se realizo cumplimiento de las actividades de la coordinacion de enfermeria y/o jefe inmediato para el mes de OCTUBRE 2023	Seguimiento supervisión
14	Asistir a reuniones y capacitaciones programadas por la entidad.	Se realizo la partipacion en las reuniones y capacitaciones programadas para el mes de OCTUBRE 2023	Listado de Asistencia
15	Realizar la toma oportuna de las muestras de laboratorio que requieran los pacientes con el fin de agilizar el tratamiento.	Se realizo la toma de muestras de laboratorio al 100% de los pacientes asignados y que requirieron la necesidad de la toma para el mes de OCTUBRE 2023	Historias Clinicas Aplicativo Dinamica
16	Asistir en la alimentación a los pacientes asignados conservando las precauciones establecidas según el caso.	Se realizo la asistencia en la alimentación a los pacientes asignados con grado de deependencia de enfermeria conservando las precauciones establecidas para el mes de OCTUBRE 2023	Historias Clinicas Aplicativo Dinamica
17	Realizar el control de liquidos administrados y eliminados registrando en forma oportuna y adecuada los resultados de acuerdo al protocolo institucional.	Se realizo el control de liquidos administdados y eliminados al 100% de los pacientes asignados en el mes de para el mes de OCTUBRE 2023	Historias Clinicas Aplicativo Dinamica
18	Portar el uniforme teniendo en cuenta las normas de higiene y bioseguridad de la Subred.	Se realizo el uso adecuado del uniforme durante la programacion de actividades para el mes de OCTUBRE 2023	Concepto coordinadora
19	Ofrecer trato con calidez y calidad al paciente y la familia, dando una atención humanizada conservando el respeto por la dignidad humana.	Se garantizo la atencion del paciente con caliadad, calidez y humanizacion a los pacientes asignados para el mes de OCTUBRE 2023 y no hay reporte de PQR relacionados con la prestacion de mi servicio	Reportes de PQR
20	Impartir educación al paciente y a la familia sobre la guía de acogida, medidas de autocuidado, signos de alarma y los cuidados específicos a tener en casa de acuerdo a la situación clínica del paciente.	Se garantizo la educacion e informacion al 100% de los pacientes asignados incluido su familia para el mes de OCTUBRE 2023	Registro formato de educacion ubicado en Historia clinica
21	Mantener la reserva de la información clínica y personal de los pacientes.	Se garantizo el 100% de confidencialidad de la informacion de los pacientes asignados para el mes de OCTUBRE 2023	Seguimiento supervisión
22	Ejercer las actividades propias de la formación técnica de conformidad con las normas y/o reglamentos de acuerdo al objeto contractual y las necesidades del servicio.	El 100% de las actividades realizadas a los pacientes asignados se realizaron teniendo en cuenta las competencias tecnicas para el mes de OCTUBRE 2023	Seguimiento supervisión

Observaciones:

Nota: Es deber contractual anexar la certificación del pago a Salud, pensión y ARL. En caso de tener contrato nuevo adjuntar el soporte de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud como cotizante y afiliación a pensión., Teniendo en cuenta que con la implementación del Decreto 1273 de 2018 el pago de aportes se hace de manera vencida de acuerdo con las fechas establecidas en el Decreto 1990 de 2016.

Hamines acosta.

Firma del Contratista

C.C. 1.010.840.321 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 1	
NOMBRE:	**JENNY PATRICIA BARAZETA**
CARGO:	**ENFERMERO CODIGO 243 GRADO 20**
FIRMA	

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 2	
NOMBRE:	**MIRYAM ANDREA GARZON**
CARGO:	**ENFERMERO CODIGO 243 GRADO 20**
FIRMA	52.231.538 Enfermera

CUENTA DE COBRO No. 01-2023

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

DEBE A

HAMMES ARLEY ACOSTA MARQUE
C.C. 1010840321 DE BOGOTÁ

LA SUMA DE:

($ 2.102.424) DOS MILLONES CIENTO DOS MIL CUATROCIENTOS VEINTICUATRO PESOS M/CTE

Por concepto de: 204 HORAS Honorarios por Prestación de Servicios en cumplimiento del Contrato No. PS 6434 2023, con afiliación ARL RIESGO 3 correspondiente al mes de OCTUBRE de 2023.

OBJETO: PRESTAR SERVICIO TÉCNICO COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA II PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E DEL 01/10/23 AL 31/10/23

Hammes Acosta A.

HAMMES ARLEY ACOSTA MARQUE
C.C. 1010840321 DE BOGOTÁ
Cel. 3223712403
Cuenta:055048843924392l DE DAVIVIENDA
31/10/2023

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA, D.C., **01/08/2023**
BOGOTA, D.C.,
COLOMBIA,

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor HAMMES ARLEY ACOSTA MARQUEZ** con **Cédula de Ciudadanía** n#mero **1010840321**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

N#mero	**0550488439243921**
Saldo a la fecha	**9.20 Pesos**
Fecha de apertura	**24/05/2023**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES
AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

compensar | salud eps

No. de Radicación | Fecha de Radicación

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran antes de diligenciar)

1. Tipo de trámite: A. Afiliación | B. Reporte de Novedades X
2. Tipo de Afiliación: A. Individual - Cotizante o cabeza de Familia | - Beneficiario o afiliado adicional | B. Cónyuge | C. Hijastro | D. Padres | E. Compañero(a) | F. Hijo(a) | G. Tutor/Curador | 3. Régimen | 4. Tipo de afiliado: A. Cotizante X | B. Cónyuge de familia | C. Beneficiario | 5. Condición especial | 6. Tipo de vinculante: A. Dependiente | B. Independiente X | C. Pensionado | Código (a registrar por la EPS)

II. AFILIACIÓN II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres
7. Tipo de documento de identidad | 8. Número de documento de identidad | 9. Sexo: Femenino | Masculino | 10. Fecha de nacimiento

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos permanentes)

11. Etnia | 12. Discapacidad: Tipo | Carnet(s) | 13. Puntaje SISBEN | 14. Grupo de población especial | 15. Administradora de riesgos laborales - ARL | 16. Administradora de pensiones
17. Régimen tipo de transición: EC | 18. Residencia: Zona: Urbana X | Rural | Departamento | Municipio

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)

19. Apellidos y nombres
20. Tipo de documento de identidad | 21. Número de documento de identidad | 22. Sexo: Femenino | Masculino | 23. Fecha de nacimiento

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

	24. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	25. Tipo de documento de identidad	26. Número de documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino
01								
02								
03								
04								
05								

	28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco	30. Ocupación	31. Discapacidad: Tipo	Carnet(s)	32. Datos de residencia: Municipio / Distrito	Zona: Urbana	Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC afiliado adicional (a registrar por la EPS)
01											
02											
03											
04											
05											

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS | Código de la IPS (a registrar por la EPS)
Cat.
1
2
3

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Razón o razón social | 36. Tipo de documento de identificación
37. Número del documento de identificación | 38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación

VI. REPORTE DE NOVEDADES

42. Tipo de Novedad
1. Modificación datos básicos de identificación
2. Corrección datos básicos de identificación
3. Actualización componente de identidad
4. Actualización y corrección de datos complementarios
5. Terminación de la vinculación en la EPS: Código
6. Reactivación en la EPS: X
7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
8. Actualización del grupo familiar o de afiliados adicionales
9. Inicio de relación laboral o reactivación de cotizantes, para cónyuge
10. Terminación de la relación laboral o cotizante de los cotizantes para cónyuge exclusivo
11. Traslado a una entidad promotora para realizar afiliación conjunta
12. Traslado de una entidad promotora para realizar afiliación conjunta
13. Movilidad: A. Régimen Contributivo | B. Régimen Subsidiado
14. Traslado: A. Mismo Régimen | B. Diferente Régimen
15. Reporte por fallecimiento
16. Reporte del nombre de protección al cesante
17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado
18. Reporte de la calidad de Pensionado

VII. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

01. Datos básicos de identificación: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	Sexo: Femenino	Masculino	Fecha de nacimiento	02. Fecha

03. EPS anterior: COMP | 04. Número de planilla | 05. Caja de compensación familiar a la cual se encuentra afiliado

VIII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de inexistencia de afiliación de beneficiarios adicionales
47. Declaración de la no obligación de afiliar al régimen contributivo, Empleador o de Excepción de los documentos que acreditan la condición de cotizante
48. Declaración de veracidad de la información suministrada en este acto, bajo la gravedad del juramento
49. Declaración de no encontrarse actualmente afiliado en el Régimen Contributivo o de alguno adicionales en el Régimen Protección de Cesantía de Salud
50. Autorización para que la EPS consulte y obtenga datos y archivos de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la Base de Datos de afiliados vigentes y a las entidades a las que por ley corresponda el reporte
52. Autorización para que la EPS consulte los datos suministrados del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013
53. Autorización para que la EPS envíe información a su correo electrónico o al celular como mensajes de texto

IX. FIRMA

HERMAN A

X. ANEXOS

54. Anexo Copia del documento de identidad: CN | Cert | RC | Cert | TI | Cert | CC | Cert | PA | Cert | RC | Cert
57. Copia del soporte de discapacidad permanente emitido por la autoridad competente
58. Copia del registro civil de nacimiento, o de la Escritura pública, acta de conciliación o
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y sentencia judicial, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital
60. Copia del certificado de existencia y representación legal vigente
61. Copia de la autorización de cotización por parte de la Superintendencia
64. Certificado de inscripción de la entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
65. Carta de aceptación de la entidad promotora de salud para realizar afiliación colectiva

XI. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

69. Fecha de radicación | 69. Fecha de validación
70. Fecha del fallecimiento | Número de documento de identidad | 71. Firma del funcionario

Observaciones: APORTE A CUOTA PAGA EN SEPT
AGOSTO DUDOSO / DEVUELTO POR PLANILLA

08 AGO 2023
C.C. 42B Maria Isabel Gomez B
SUJETO A VERIFICACION

Vigilado Supersubsidio

NOTE 10S
Powered by CamScanner

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **ACOSTA MARQUEZ HAMMES ARLEY** identificado(a) con **CC** número **1.010.840.321** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 04 de agosto de 2023 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO.**

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 03 de agosto de 2023.

Cordialmente,

Laura Patricia Merchan Metaute
Equipo Gestión de Operaciones.

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com