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: | 2579-2019 | C.D.P. No.: | 279 | Proceso al que pertenece: | MEDIANA COMPLEJIDAD ASISTENCIAL |
| | | | | Unidad a la que pertenece: | SAN BLAS |
| Nombre del Contratista: | CARMEN ZOBEIDA DAZA CAMARGO | C.C. | 52.096.685 | de: | BOGOTA |
| Fecha Inicio: | ENERO 01 2019 | Fecha Terminación incial: | JULIO 31 2019 | Valor Mensual: | $ 2.901.600 |
| Valor a cobrar: | $ 2.897.280 | | | | |

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| SI | $6.286.368,00 | 1756 | 01/08/19 | 31/09/2019 |
| SI | $3.956.640,00 | 2304 | 01/10/19 | 30/11/19 |
| SI | $8.208.960,00 | 2792 | 1/10/2019 | 30/11/2019 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| Nº CTA | MES DE CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR | VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL | NÚMERO DE PLANILLA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | FEBRERO | $ 2.808.000 | $ 218.200 | 14229647 |
| 2 | MARZO | $ 3.088.800 | $ 235.000 | 8654859683 |
| 3 | ABRIL | $ 3.276.000 | $ 246.200 | 8654488041 |
| 4 | MAYO | $ 2.901.600 | $ 223.800 | 8653955411 |
| 5 | JUNIO | $ 2.808.000 | $ 218.200 | 8653377540 |
| 6 | JULIO | $ 2.901.600 | $ 223.800 | 8653955411 |
| 7 | AGOSTO | $ 3.863.040 | $ 230.900 | 8698997045 |
| 8 | SEPTIEMBRE | $ 3.573.312 | $ 213.600 | 16497227 |
| 9 | OCTUBRE | $ 3.573.312 | $ 213.600 | 16672130 |
| 10 | NOVIEMBRE | $ 2.897.280 | $ 173.200 | 16812197 |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |

**Resumen de contrato**

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 17.971.200 | $ 36.423.168 | $ 31.690.944 | $ 4.732.224 |

## 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 profesional 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:** 01/11/19 **Hasta:** 30/11/19

| | OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta) | DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN |
|---|---|---|
| 1 | Ejecutar procedimientos y cuidados a los pacientes que por su estado crítico así lo requieran. | Realiza los procedimientos a los pacientes a su cargo de acuerdo a su estado clinico. |
| 2 | Realizar plan de cuidado diario de enfermería de acuerdo al diagnóstico y necesidades identificadas. | Realiza el plan de cuidados de enfermeria de acuerdo al diagnostico y necesidades identificadas. |
| 3 | Verificar medidas preventivas de eventos adversos e identificando riesgos, garantizando la seguridad del paciente y reportando los eventos adversos que se presenten. | Realiza la identificacion de los riesgos de los usuarios aplicando las medidas preventivas en cada caso. |
| 4 | Administrar y verificar el cuidado directo a los pacientes de acuerdo a los protocolos y guías establecidas del servicio utilizando técnicas asepsia y antisepsia y normas de bioseguridad. | Da cumplimiento a los protocolos y guías establecidas y administra el cuidado directo a los usuarios. |
| 5 | Supervisar las actividades del personal auxiliar de enfermería y camilleros mediante supervisión directa e indirecta, observando realización de procedimientos y revisando registros de enfermería. | Debe hacer mas supervision al personal en cuanto al cumplimiento de los protocolos. |
| 6 | Realizar actualización del Kardex y tarjetas de medicamentos de acuerdo con las normas establecidas en forma escrita y cada vez que se requiera el cambio en el tratamiento del paciente. | Realiza la actualizacion del Kardex y tarjetas de medicamentos de acuerdo con lo establecido. |
| 7 | Administrar medicamentos oportunamente, de acuerdo con las técnicas de asepsia y antisepsia, normas de bioseguridad, y a los correctos para la administración de medicamentos, reportar a médico tratante y coordinadores la no existencia de medicamentos para reajuste de tratamiento. | Administra medicamentos de forma oportuna, utilizando tecnica aseptica, normas de bioseguridad y los correctos en la administración de medicamentos, |
| 8 | Controlar los suministros y existencias de insumos y medicamentos de los pacientes del servicio. | Realiza el control de los suministros y existencia de insumos y medicamentos de los pacientes a cargo |
| 9 | Realizar las devoluciones al servicio de farmacia de los medicamentos e insumos por pacientes antes del egreso y diariamente cuando así lo amerite. | Realiza las devoluciones de medicamentos e insumos de los pacientes antes del egreso del mismo o cuando asi lo amerite |
| 10 | Realizar los pedidos de elementos e insumos para su respectivo servicio necesarios para los pacientes, tramitando ante el área que los provee, en el formato correspondiente y en las fechas establecidas | No aplica |

| | | |
|---|---|---|
| 11 | Participar en forma activa en la revista médica diaria dando sus aportes según el caso. | Participa activamente en la revista médica diaria dando sus aportes según se requiera |
| 12 | Revisar diariamente que los venoequipos, drenajes, buretroles y demás elementos invasivos del paciente que manejen según protocolo y se lleven los registros correspondientes correctamente. | Revisa en cada turno los venoequipos. Drenajes, buretroles y demás elementos del paciente según protocolo |
| 13 | Realizar la asignación de los pacientes a cada auxiliar de acuerdo al número de pacientes, complejidad y de acuerdo a las necesidades del servicio. | Realiza la asignacion de pacientes y actividades a cada uno de los auxiliarea a cargo dependiendo de la complejidad de los pacientes |
| 14 | Participar activamente en el sistema de vigilancia epidemiológica mediante la notificación oportuna de informes de los casos o posibles brotes infecciosos para toma de conductas que prevengan la presencia o proliferación. de infecciones en los servicios. | Participa activamente en sistema de vigilancia epidemiológica notificando oportunamente los casos de infecciones y realizando los aislamientos necesarios |
| 15 | Supervise las actividades de procedimientos en su servicio y aplique medidas correctivas que garanticen la calidad del servicio. | Supervisa las actividades que se realizan en su servicio aplicando los correctivos necesarios que garanticen la calidad en la prestación del servicio |
| 16 | Responder por los inventarios conservación y uso adecuado de los equipos, elementos e insumos entregados en el servicio. | Participa en el cuidado y custodia de los equipos e insumos del servicio |
| 17 | Realizar la asignación oportuna de camas para los pacientes que lo requieran, realizando los traslados necesarios para tal fin de forma oportuna, colaborando con el giro de cama. | Realiza asignación oportuna de las camas para los pacientes que asi lo ameritan y adicionalmente realiza los traslados necesarios para tal fin |
| 18 | Participar en el recibo y entrega de turno de forma cumplida, oportuna, reportando las novedades presentadas por cada paciente asignado y novedades en equipos e insumos del servicio. | Participa en el recibo y entrega de turno de forma oportuna reportando las novedades que se generen durante su turno con los usuarios y con los equipos e insumos. |
| 19 | Asistir a las reuniones de grupo funcional y capacitaciones programadas por la institución. | Asiste a reuniones y capacitaciones que se programas por Coordinacion de Enfermeria y por la Institución |
| 20 | Tramitar de forma oportuna exámenes de laboratorio, de radiología, exámenes especiales y remisiones que requieran los pacientes a cargo. | Tramita oportunamente los examenes de laboratorio, radiologia y exámenes especiales y remisiones que requieren los pacientes a cargo |
| 21 | Dar cumplimiento a la resolución 1995 y al manual de manejo de Historia Clínica establecido en la institución. | Da cumpliimiento a la resolución 1995/199 y al manual de manejo de historias clinicas |
| 22 | Dar cumplimiento a guías y protocolos establecidos por la institución. | Da cumplimiento a guías y protocolos de la institución |

**Observaciones:**

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

Firma del Contratista

**C.** 52.096.685 **de** BOGOTA

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS | |
|---|---|
| NOMBRE: | GLORIA MARITZA PINILLA |
| CARGO: | Enfermero |
| FIRMA | |

# PLANILLA NRO. 16812197 Tipo I 2019 11 ASOPAGOS

## DATOS GENERALES

| | NÚMERO | NOMBRE O RAZÓN SOCIAL | TIPO PRESENTACIÓN | SUCURSAL / DEPENDENCIA | CÓDIGO | PERÍODO PENSIÓN | PERÍODO SALUD | NÚMERO PLANILLA | REFERENCIA DE PAGO (PIN) | TIPO EMPRESA | CLASE APORTANTE | CÓDIGO ARL | CÓDIGO OPERADOR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 52096685 | DAZA CAMARGO CARMEN ZOBEIDA | ÚNICO | 0 | 0 | 2019-11 | 2019-11 | 16812197 | | PRIVADA | I | 14-7 | 86 |

| DIRECCIÓN | CIUDAD / MUNICIPIO | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CÓDIGO | TELÉFONO | FAX | CORREO ELECTRÓNICO | ACTIVIDAD ECONÓMICA | VALOR NÓMINA | TOTAL EMPLEADOS | FECHA DE PAGO | FECHA LIMITE DE PAGO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 12 N 8 38 SUR | BOGOTA | 1 | BOGOTA D.C | 11 | 4694609 | 0 | czdazac2@gmail.com | 0090 | 0 | 1 | 2019-11-13 | 2019-12-19 |

## TOTAL APORTES A SALUD POR ADMINISTRADORA

| NIT EPS | COT OBLIGATORIA | UPC ADICIONAL | # AUT INC | VALOR INC | # AUT LIC | VALOR LIC | NETO COT | DÍAS MORA | INTERESES | INTERESES UPC | SUBTOTAL COT | SUBTOTAL UPC | NÚM RAD ANTERIOR | SALDO A FAVOR | SALDO A FAVOR UPC | TOTAL PAGAR | NÚM AFILIADOS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 900156264 | 144900 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 144900 | 0 | 0 | 0 | 144900 | 0 | 0 | 0 | 0 | 144900 | 1 |

## TOTAL APORTES A PENSIÓN POR ADMINISTRADORA

| NIT AFP | COT OBLIGATORIA | COT VOL AF | COT VOL AP | FONDO SOL | DÍAS MORA | INTERESES | INTERESES FONDO SOL | TOTAL PAGAR | NÚM AFILIADOS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |

## TOTAL APORTES A RIESGOS LABORALES

| NIT ARL | COT OBLIGATORIA | # AUT INC | VALOR INC | OTROS RIESGOS | NETO COT | DÍAS MORA | INTERESES | SUBTOTAL APORTES | NÚM RAD ANTERIOR | SALDO FAVOR | FONDO SOL | TOTAL PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0002503 | 28300 | 0 | 0 | 0 | 28300 | 0 | 0 | 28300 | 0 | 0 | 0 | 28300 |

## TOTAL APORTES A ESAP

| VALOR | DÍAS MORA | INTERESES | TOTAL A PAGAR |
|---|---|---|---|
| 0 | 0 | 0 | 0 |

## TOTAL APORTES A MINISTERIO

| VALOR | DÍAS MORA | INTERESES | TOTAL A PAGAR |
|---|---|---|---|
| 0 | 0 | 0 | 0 |

## TOTAL APORTES A CAJAS POR ADMINISTRADORA

| CÓD / NOMBRE CCF | NIT CCF | VALOR APORTE | DÍAS MORA | INTERESES | TOTAL PAGAR | NÚM AFILIADOS |
|---|---|---|---|---|---|---|
| SINCCF | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |

## TOTAL APORTES A ICBF Y SENA

### ICBF

| VALOR | DÍAS MORA | INTERESES | TOTAL PAGAR | NÚM AFILIADOS |
|---|---|---|---|---|
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

### SENA

| VALOR | DÍAS MORA | INTERESES | TOTAL PAGAR | NÚM AFILIADOS |
|---|---|---|---|---|
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

## NÚMERO ADMINISTRADORAS

| | |
|---|---|
| PENSIONES | 0 |
| SALUD | 1 |
| RIESGOS LABORALES | 1 |
| CAJAS COMPENSACIÓN | 0 |

## TOTAL A PAGAR POR ADMINISTRADORA

| | |
|---|---|
| PENSIONES | 0 |
| SALUD | 144900 |
| RIESGOS LABORALES | 28300 |
| CAJAS COMPENSACIÓN | 0 |
| SENA | 0 |
| ICBF | 0 |
| ESAP | 0 |
| MINISTERIO | 0 |
| GRAN TOTAL | 173200 |

**DETALLE PLANILLA**
**OPERADOR DE INFORMACIÓN**

| | |
|---|---|
| **Razón social:** DAZA CAMARGO CARMEN ZOBEIDA<br>**Identificación:** CC-52096685<br>**Código dependencia o sucursal:** 0<br>**Nombre dependencia o sucursal:** 0<br>**Fecha de generación del reporte:** 2019-11-14<br>**Fecha limite de pago:** 2019-12-19<br>**Fecha de pago:** 2019-11-13<br>**Pagada por:** BANCO DAVIVIENDA<br><br>**Período pensión:** 2019-11<br>**Período salud:** 2019-11<br>**Referencia de pago (PIN):**<br>**Tipo de planilla:** I<br>**Clase de planilla:** Normal<br>**Número de la planilla:** 16812197 | **Pagada** |

| CÓDIGO ENTIDAD | NIT | NOMBRE | NÚMERO DE AFILIADOS | FONDO SOLIDARIDAD | FONDO SUBSISTENCIA | TOTAL INTERESES | VALOR PAGAR SIN INTERESES | VALOR PAGAR | SELECCIONAR TODOS \| SELECCIONAR NINGUNO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS037 | 900156264 | NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A. | 1 | $0 | $0 | $0 | $144.900 | $144.900 | ☑ |
| 14-7 | 860002503 | CIA. DE SEGUROS BOLIVAR S.A. | 1 | $0 | $0 | $0 | $28.300 | $28.300 | ☑ |
| **GRAN TOTAL** | | | | $0 | $0 | $0 | $173.200 | $173.200 | |

Imprimir | Descargar Resumen