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

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

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 01

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: PS 3331 2019 **C.D.P. No.:** 335

Proceso al que pertenece: PROCESO ASISTENCIAL/ENFERMERIA

Unidad a la que pertenece: UNIDAD SANTA CLARA

Nombre del Contratista: ZULY LORENA CHACON LOPEZ **C.C.** 1.024.564.270 **de:** 0

Fecha Inicio: 2019-02-01 **Fecha Terminación incial:** 2019-07-31 **Valor Mensual:** $ 2.044.926 **Valor a cobrar:** $ 2.044.926

ADICIÓN/ OTROSI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
SI	$ 2.337.720	1680	2019-07-02	2019-07-31
SI	$ 4.194.720	1755	2019-08-01	30/09/2019
SI	$ 2.097.360	2307	2019-10-01	2019-11-30
0				
SI	$ 1.870.146	2785	30/11/2019	31/12/2019
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				

N° CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	ENERO	$ 0	$ 0	0
2	FEBRERO	$ 1.931.160	$ 256.300	8333125513
3	MARZO	$ 2.032.800	$ 256.300	8333741303
4	ABRIL	$ 2.032.800	$ 256.300	8334320941
5	MAYO	$ 2.032.800	$ 256.300	8334917368
6	JUNIO	$ 1.694.000	$ 256.300	8335561533
7	JULIO	$ 2.354.660	$ 512.600	8335906016 8335561533
8	AGOSTO	$ 2.079.882	$ 256.300	8336551235
9	SEPTIEMBRE	$ 1.887.624	$ 256.300	8337206191
10	OCTUBRE	$ 2.079.882	$ 256.300	8337836599
11	NOVIEMBRE	$ 2.044.926	$ 256.300	8338513801
12	DICIEMBRE	$ 0	$ 0	0

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 9.757.440	$ 20.257.386	$ 20.170.534	$ 86.852

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL APOYO A LA GESTION DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2019-11-01 **Hasta:** 2019-11-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	Recibir y entregar el turno por paciente asignado	Informo sobre la evolución y las actividades realizadas con el fin de proporionar al turno entrante
2	Realizar las actividades de enfermería y las asignadas por el enfermero profesional	Cumple con los procedimientos y protocolos hospitalarios del servicio, tendientes a promover la
3	Diligenciar los registros de enfermería	Deja evidencia científica y legal de las actividades ejecutadas.
4	Aplicar los protocolos establecidos	Aplica los protocolos para prevenir la ocurrencia de infecciones intrahospitalarias en los pacientes y su
5	Informar al enfermero los cambios en la evolución del paciente.	Suministro información al enfermero para toma de medidas óptimas de manejo médico - quirúrgico
6	Asesorar al paciente y a la familia sobre el plan de cuidados post hospitalización.	Da información de fácil comprensión de los cuidados, ordenes medicas para dar continuidad al
7	Aplicar los procedimientos de bioseguridad, salud ocupacional, gestion ambiental y	Aplico las normas de bioseguridad, se reporta eventos adversos.
8	Registrar y verificar el inventario de los elementos y equipos asignados y supervisar	Realizo inventerio por turno y revision mensual de los elementos del carro de paro y se informa estado y
9	Preparar la logística requerida por el equipo de salud para brindar atención integral	Proyecto la logistica requierida para brindar cuidado integral al paciente.
10	Atender y orientar a los pacientes y sus familiares en relación con sus necesidades y	Oriento a los pacientes y familiares según sus necesidades
11	Administrar los medicamentos de acuerdo con las técnicas establecidas.	Administra medicamentos según la tecnica
12	0	0
13	0	0
14	0	0
15	0	0
16	0	0

Observaciones:

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

Zuly Ch.

Firma del Contratista

C.C. 1.024.564.270 **de** 0

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

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

Señor(a): ZULY LORENA CHACON LOPEZ
No. Identificación: CC1024564270
Dirección: TRANVERSAL 73 C 74 -09 SUR
Telefono: 7168134
Correo: zulilorenita@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8338513801

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	ZULY LORENA CHACON LOPEZ
Tipo y número de identificación	CC1024564270
Número de planilla	8338513801
Fecha pago	2019-11-19
Número de autorización pago	38513801
Banco	1052

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	octubre de 2019
Periodo de Cotización Pensión	octubre de 2019
Número de Administradoras	3
Total Pagado	256300
Total Intereses de Mora	0

PAGADA
8338513801

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	20200	1
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	132500	1
EPS002	Salud Total EPS	103600	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1024564270
APELLIDOS Y NOMBRES: ZULY LORENA CHACON LOPEZ

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS002	230201	828116	828116	828116	0	103600	0	132500	0	20200	0

AUX
234h

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

56

56