

SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE				DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
TIPO IDENTIFICACIÓN: NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: CIUDAD/MUNICIPIO: DIRECCIÓN: TIPO APORTANTE: FORMA DE REPRESENTACIÓN: APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SEÑA E CDF (REFORMA TRIBUTARIA):	CECILIA DE CORDOBA BOGOTÁ DISTRITO CAPITAL DEPARTAMENTO DE BOGOTÁ CRA 18C # 47-26 TELEFONO: 02-2811113 INDEPENDIENTE PROPIETARIA NÚMERO	529482 DESY VIVIANA LEON BALARES BOGOTÁ - DISTRITO CAPITAL 438344 INDEPENDIENTE Otro tipo de adición	2019/11/13	NÚMERO PLANILLA: 410730619	TIPO DE PLANILLA: 2019/11/13	FECHA AUTORIZACIÓN: 2019/11/13	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 2019/11/13

TOTAL APORTES A PENSION									
CÓDIGO	ADMINISTRADORA	NOMBRE	Nº. COTIZANTES	COTIZACIÓN	EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLICITUD	FECHA	VALOR PAGADO
20201	PROTECCIÓN (ING-PROTEC)		1	\$ 197.200					\$ 197.200
SUB-TOTALES:									\$ 197.200

TOTAL APORTES A SALUD									
CÓDIGO	ADMINISTRADORA	NOMBRE	Nº. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	VALOR PAGADO
20201	PROTECCIÓN (ING-PROTEC)		1						\$ 154.600
SUB-TOTALES:									\$ 154.600

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES									
CÓDIGO	ADMINISTRADORA	NOMBRE	Nº. COTIZANTES	INCAPACIDAD PROFESIONAL	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	VALOR PAGADO
20201	PROTECCIÓN (ING-PROTEC)		1						\$ 30.200
SUB-TOTALES:									\$ 30.200

TOTAL APORTES A CALA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR									
CÓDIGO	ADMINISTRADORA	NOMBRE	Nº. COTIZANTES	VALOR	PLANILLA	VALOR	VALOR PAGADO		
20201	PROTECCIÓN (ING-PROTEC)		1						\$ 7.500
SUB-TOTALES:									\$ 7.500

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES									
DATOS DEL COTIZANTE									
Nº. IDENTIFICACIÓN	TIPO	ADMINISTRADORA	NOMBRE	Nº. COTIZANTES	VALOR	PLANILLA	VALOR	VALOR PAGADO	
20201	PROTECCIÓN (ING-PROTEC)		1						\$ 197.200
SUB-TOTALES:									\$ 197.200

TOTAL \$ 390.100

I. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

Nº CONTRATO - OPS: PS 0150 2019 **C.B.P. No.:** 199 **Proceso al que pertenece:** PROCESO ASISTENCIAL ENFERMERIA
Unidad a la que pertenece: UNIDAD ASISTENCIAL ENFERMERA
Nombre del Contratista: DEIVY VIVIANA LEON BALLEARES **C.C.:** 52 914 632 **de:** 0
Fecha Inicio: 2019-02-01 **Fecha Terminación Inicial:** 2019-02-31 **Valor Mensual:** \$ 1 000 432 **Valor a cobrar:** \$ 1 000 432

ADICION OTROS	VALOR ADICION	COP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
N1	\$ 1 622 400	1630	2019-07-02	2019-07-31
N1	\$ 6 150 864	1755	2019-08-01	30-09-2019
N1	\$ 1 563 040	2307	2019-10-01	2019-11-30
N1	\$ 1 550 180	2785	01-11-2019	31-12-2019
0				
N1	\$ 2 704 124	3174	31-12-2019	31-01-2020
0				
0				
0				
0				
0				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE CORRIENTE	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO MESE RENTAD MOTAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	ENERO	\$ 0	\$ 0	0
2	FEBRERO	\$ 1 463 200	\$ 500 000	19119207-1-19077041
3	MARZO	\$ 1 650 400	\$ 451 500	19119207-1-19077041
4	ABRIL	\$ 1 550 000	\$ 400 000	19119207-1-19077041
5	MAYO	\$ 2 912 800	\$ 303 000	4200007-095
6	JUNIO	\$ 1 564 000	\$ 306 000	4203700000
7	JULIO	\$ 1 550 000	\$ 312 500	4203700000
8	AGOSTO	\$ 6 141 524	\$ 406 500	4204415100-4205000000
9	SEPTIEMBRE	\$ 1 263 584	\$ 400 000	4200710333
10	OCTUBRE	\$ 2 897 280	\$ 358 500	4207700533
11	NOVIEMBRE	\$ 1 000 432	\$ 362 000	4210110619
12	DICIEMBRE	\$ 0	\$ 0	0

Resumen de contrato	VALOR UNITARIO DEL CONTRATO \$ 11 971 200	VALOR TOTAL DEL CONTRATO \$ 35 721 792	PAGOS REALIZADOS \$ 34 906 320	SALDO DEL CONTRATO \$ 815 472
----------------------------	---	--	--	---

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 GESTIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES COMO ENFERMERA

Resumen de actividades para el periodo:

Desde: 2019-02-01

Hasta: 2019-02-31

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (El contratista debe cumplir)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO (Actividades o productos desarrollados en el periodo en cumplimiento de las obligaciones)
1. Recibir y Entregar el turno de Enfermería	Informar la evolución clínica, las actividades realizadas y las pendientes, el estado de los equipos, el
2. Formular el plan de cuidados de enfermería cada paciente	De acuerdo con la patología, la evolución y las ordenes medicas para definir lo que se debe ejecutar
3. Distribuir el material necesario de enfermería	Distribuir los materiales y las actividades específicas del servicio que deben desarrollarse de acuerdo con
4. Aplicar los procedimientos propios de Enfermería	Promover la recuperación del paciente
5. Revisar la Historia Clínica	Tener en cuenta las ordenes medicas, la evolución y los reportes diagnosticos para valorar la evolución
6. Reportar en la historia clínica toda las acciones realizadas al cuidado del	Dejar constancia constante y fidedigna de lo actuado
7. Registrar las actividades realizadas de acuerdo con el sistema de información	Consolidar la producción de la unidad y las especialidades
8. Establecer las medidas necesarias para brindar una atención con calidad	Promover soluciones a las diferentes dificultades surgidas en el desarrollo del proceso de atención al
9. Promover la calidad del desempeño profesional en la atención de los pacientes y el	Promover el desarrollo y el mejoramiento del equipo de enfermería en salud
10. Desarrollar actividades de actualización y discusión de casos	Mejoramiento continuo de la calidad de la atención del paciente
11. Realizar análisis de morbi-mortalidad y auditoría	Promover procesos de mejoramiento continuo
12. Evaluar los riesgos clínicos y de contaminación, establecer medidas preventivas y de	Realizar los procesos de capacitación y actualización, velar por el cumplimiento de los estándares
13. Socializar y mantener actualizado los procesos y procedimientos	Unificar criterios en el desarrollo de las actividades
14. Promover y realizar investigación	Conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico y manejo de los pacientes
15. Velar por el seguimiento de las normas de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y	Velar por el seguimiento de las normas de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y
16. 0	0

Observaciones:

Viviana Leon
Firma del Contratista

Se anexa certificación de pago a Salud, pension y ARL

En caso de tener contrato nuevo se debe anexar también la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro

C.C. 52 914 632 de 0

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS

NOMBRE:	NINI JOHANA ALVAREZ RIVERA
CARGO:	COORDINADORA
FIRMA:	

