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 2646 2019 | **C.D.P. No.:** | 279 | **Proceso al que pertenece:** | PROCESO ASISTENCIAL/ENFERMERIA |
| | | | | **Unidad a la que pertenece:** | UNIDAD SANTA CLARA |

**Nombre del Contratista:** SINDY MARCELA CHACON LOPEZ **C.C.** 1.022.327.568 **de:** BOGOTA

**Fecha Inicio:** 2019-02-01 **Fecha Terminación incial:** 2019-07-31 **Valor Mensual:** $ 1.992.492 **Valor a cobrar:** $ 1.992.492

| ADICIÓN/ OTROSI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| SI | $ 1.710.940 | 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 | $ 1.940.058 | 2785 | 30/11/2019 | 31/12/2019 |
| 0 | | | | |
| 0 | | | | |
| 0 | | | | |
| 0 | | | | |
| 0 | | | | |
| 0 | | | | |
| 0 | | | | |

| Nº CTA | MES DE CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR | VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL | NÚMERO DE PLANILLA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | ENERO | $ 0 | $ 0 | 0 |
| 2 | FEBRERO | $ 1.863.400 | $ 256.300 | 8333121037 |
| 3 | MARZO | $ 2.032.800 | $ 270.800 | 8333370362 |
| 4 | ABRIL | $ 1.778.700 | $ 270.800 | 8334004818 |
| 5 | MAYO | $ 1.931.160 | $ 270.800 | 8334631938 |
| 6 | JUNIO | $ 2.032.800 | $ 270.800 | 8335286198 |
| 7 | JULIO | $ 1.778.700 | $ 270.800 | 8335866267 |
| 8 | AGOSTO | $ 2.097.360 | $ 270.800 | 8336518366 |
| 9 | SEPTIEMBRE | $ 1.940.058 | $ 270.800 | 8337164565 |
| 10 | OCTUBRE | $ 1.992.492 | $ 270.800 | 8337796784 |
| 11 | NOVIEMBRE | $ 1.992.492 | $ 270.800 | 8338441110 |
| 12 | DICIEMBRE | $ 0 | $ 0 | 0 |

**Resumen de contrato**

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 9.757.440 | $ 19.700.518 | $ 19.439.962 | $ 260.556 |

## 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

Sindy Chacón
**Firma del Contratista**

**C.C.** 1.022.327.568 **de** BOGOTÁ

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

Johanna Alvarez
Enfermera

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

**Señor(a):** SINDY MARCELA CHACON LOPEZ
**No. Identificación:** CC1022327568
**Dirección:** TRANVERSAL 73C # 74 - 09
**Telefono:** 7168134
**Correo:** marcelachacon27@gmail.com
**Ciudad:** BOGOTÁ, D.C.
**Número de Planilla:** 8338441110

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

| | |
|---|---|
| **Nombre Aportante** | SINDY MARCELA CHACON LOPEZ |
| **Tipo y número de identificación** | CC1022327568 |
| **Número de planilla** | 8338441110 |
| **Fecha pago** | 2019-11-19 |
| **Número de autorización pago** | 38441110 |
| **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** | 270800 |
| **Total Intereses de Mora** | 0 |

PAGADA

8338441110

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|---|---|---|---|
| 14-7 | Cia. de Seguros Bolivar S.A. | 21400 | 1 |
| 230301 | Porvenir | 140000 | 1 |
| EPS008 | Compensar EPS | 109400 | 1 |

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1022327568
APELLIDOS Y NOMBRES: SINDY MARCELA 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS008 | 230301 | 875000 | 875000 | 875000 | 0 | 109400 | 0 | 140000 | 0 | 21400 | 0 |

AUX
228h

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