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: A-GIA-F-014
VERSIÓN: 01
FECHA: 2017-07-[illegible]

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: PS 0849 2019 **C.D.P. No.:** 109 **Proceso al que pertenece:** MEDIANA COMPLEJIDAD ASISTENCIAL
Unidad a la que pertenece: CHIRCALES

Nombre del Contratista: MARIA ELVIRA NIÑO PERALTA **C.C.** 41.651.115 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2019-02-01 **Fecha Terminación incial:** 2019-07-31 **Valor Mensual:** $ 3.216.765 **Valor a cobrar:** $ 3.329.964

ADICION/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 37.467.192	1756	2019-08-01	2019-09-30
	$ 2.704.008	2334	2019-10-01	2019-11-30

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO PLANILLA
1	FEBRERO	$ 3.129.600	$ 214.200	3306295
2	MARZO	$ 3.227.400	$ 239.800	3360615
3	ABRIL	$ 2.934.000	$ 200.100	3426240
4	MAYO	$ 3.031.800	$ 206.000	3481891
5	JUNIO	$ 3.129.600	$ 212.700	3541254
6	JULIO	$ 3.031.800	$ 206.100	3600218
7	AGOSTO	$ 2.640.600	$ 159.100	3683226
8	SEPT	$ 2.640.600	$ 179.700	37327820
9	OCTUBRE	$ 3.329.964	$ 200.500	3808482
10				
11				
12				

Resumen del contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 18.777.600	$ 28.948.800	$ 27.095.364	$ 1.853.436

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:** 2019-10-01 **Hasta:** 2019-10-31

OBLIGACIONES ESPECIFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
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.
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.
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.
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.
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.
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.
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.
Controlar los suministros y existencias de insumos y medicamentos de los pacientes de servicio.	Realiza el control de los suministros y existencia de insumos y medicamentos de los pacientes a cargo.
Realizar las devoluciones al servicio de farmacia de los medicamentos e insumos con 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
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
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

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

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:	María Elvira Viña P. **Firma del Contratista**
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.	**C.** 41.651.115 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	GLORIA MARITZA PINILLA
CARGO:	Enfermera
FIRMA	

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	41651115	MARIA ELVIRA NIÑO PERALTA	CR 13 A 31 A 29 SUR	2090726	mariaelviraninoperalta@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
			2019/10/15	507863406	EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2019-09	2019-09	I	15/10/2019	38084829	$200.500	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	146.700	0		0		0	11	1.200	0	147.900	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	28.600				28.600	11	300	28.900			286	28.900	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	23.500	11	200	23.700	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	146.700	147.900
Pensión	0	0	0
Riesgos Laborales	1	28.600	28.900
CCF	1	23.500	23.700
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	198.800	200.500

38084829

IBC → 1'244.532=

Sept 185 <
3'111.330=

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

147.900
+ 4.200
152.100 <

28.900=
+ 900
29.800 <

155.567=
30.347=

V/U 16.818=

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	41651115	MARIA ELVIRA NIÑO PERALTA		CR 13 A 31 A 29 SUR	2090726	mariaelviraninoperalta@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2019-09	2019-09	I	15/10/2019	38084829	$200,500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	41651115	NIÑO PERALTA MARIA ELVIRA	59	3			N																		0	0	0	0	0	0	EPS008	1,173,600	146,700	14-7	1,173,600	3	28,600	CCF24	1,173,600	23,500	0	0	0	0	0

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1681715	MARIA ELVIRA NIÑO PERALTA	CR 13 A 61 A 25 SUR	3650726	mariaelvirapinoperalta@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD IBC
38084829	15/10/2019				1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2019-09	2019-09	N	24/10/2019	38223255	$5.900	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	4.100	0		0		0	20	100	0	4.200	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	800				800	20	100	900			8	900	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	700	20	100	800	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	4.100	4.200
Pensión	0	0	0
Riesgos Laborales	1	800	900
CCF	1	700	800
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	5.600	5.900

PAGADA
38223255

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