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-011**
**VERSIÓN: 01**
**FECHA: 2017-07-07**

## 1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. CONTRATO OPS:** | PS 2068 2020 | **C.D.P. No.:** | 11 | **Proceso al que pertenece:** | PROCESO ASISTENCIAL - ENFERMERIA |
| | | | | **Unidad a la que pertenece:** | UNIDAD SANTA CLARA |
| **Nombre del Contratista:** | SINDY ALEXANDRA CELEITA ROMERO | | | **C.C.** | 1022945374 **de:** BOGOTA |
| **Fecha Inicio:** | 2020-02-01 | **Fecha Terminación inicial:** | 2020-07-31 | **Valor Mensual:** | $ 2.984.220 **Valor a cobrar:** $ 2.984.220 |

| ADICIÓN/ OTROSI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

| Nº CTA | MES DE CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR | VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL | NUMERO DE PLANILLA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | | | | |
| 2 | FEBRERO | $ 2.984.220 | $ 376.700 | 10276429085 |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |

**Resumen de contrato**

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 18.601.638 | $ 18.601.638 | $ 2.984.220 | $ 15.617.418 |

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

**OBJETO DEL CONTRATO**

PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES, DE MANERA PERSONAL Y AUTONOMA, EN SU CONDICIÓN DE ENFERMERO (A) JEFE PARA LA EJECUCION DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

**Relacion de actividades para el periodo:** **Desde:** 2020-02-01 **Hasta:** 2020-02-29

| | OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta) | DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACION |
|---|---|---|
| 1 | Ejecutar procedimientos y cuidados a los pacientes que por su estado de salud así lo requieran | 17. Tramitar de forma oportuna exámenes de laboratorio, radiologia, exámenes especiales y remisiones que requieran los pacientes a cargo |
| 2 | Realizar plan de cuidado diario de enfermeria de acuerdo al diagnóstico y necesidades identificadas | 18. Dar cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999 y al manual de manejo de historia clinica de la Subred |
| 3 | Verificar medidas preventivas de eventos adversos e identificando riesgos, garantizando la seguridad del paciente y reportando los eventos adversos que se presenten | |
| 4 | Administrar y verificar el cuidado directo a los pacientes de acuerdo a los protocolos y guías establecidas del servicio utilizando tecnicas asepsia y antisepsia y normas de bioseguridad | |
| 5 | Apoyar la supervision de las actividades del personal auxiliar de enfermeria y camilleros, observando que se realicen los procedimientos y revisando registros de enfermeria. | |
| 6 | Realizar actualizacion 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. | |
| 7 | Controlar los suministros y existencias de insumos y medicamentos de los pacientes del servicio | |
| 8 | Realizar las devoluciones al servicio de farmacia de los medicamentos e insumos por paciente antes del egreso y diariamente cuando así lo amerite | |
| 9 | Realizar en el formato correspondiente y las horas y fechas acordadas, los pedidos de elementos e insumos necesarios para los pacientes en su respectivo servicio | |
| 10 | Participar en forma activa en la revista medica diaria dando sus aportes según sea el caso | |
| 11 | Revisar diariamente que los venoequipos, drenajes, bureteroles y demás elementos invasivos del paciente que manejan según protocolo y se llevan los registros correspondientes correctamente | |
| 12 | Realizar la asignacion de paciente a cada auxiliar de acuerdo al número de pacientes, complejidad y de acuerdo a las necesidades del servicio | |
| 13 | 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 multiplicacion de infecciones en los servicios | |
| 14 | Responder por los inventarios, conservación y uso adecuado de los equipos, elementos e insumos entregados en el servicio | |
| 15 | Realizar la asignación oportuna de camas para los pacientes que los requieran, realizando los traslados necesarios para tal fin de forma oportuna, colaborando con el giro de cama | |
| 16 | Cumplir con el cronograma de actividades establecido de mutuo acuerdo con el supervisor del contrato, reportando las novedades presentadas por cada paciente asignado y novedades en equipos e insumos del servicio | |

**OBSERVACIONES:**

Se anexa certificacion 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

Sindy A Celeita R.
**Firma del Contratista**

**C.C.** 1.022.945.374 **de** BOGOTA

**VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS**

| | |
|---|---|
| **NOMBRE:** | |
| **CARGO:** | |
| **FIRMA** | Tatiana P. Tarajo R. C.C. No. 52.491.204 Bta Enfermera P.U.J. |

Scanned with CamScanner

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2020-02-21, 02:13:30 PM **Tipo Planilla:** I. PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1027619085

**Periodo Cotización:** febrero de 2020 **Periodo Servicio:** febrero de 2020 **Referencia pago (PIN):** 8815997690

**PAGADO 21/02/2020**

## I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | SINDY ALEXANDRA CELEITA ROMERO | | |
| **Documento** | CC1022945374 | **Dirección** | CALLE 1 N 1 105 |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3102726390 |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO |
| **Ciudad** | BOGOTA D.C. | **Departamento** | BOGOTA D.C. |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | |
| **Total Afiliados** | 1 | **ARP** | SEGUROS BOLIVAR |

## II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | RET P | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |
| CC 1022945374 | SINDY ALEXANDRA CELEITA ROMERO | 59 | 00 | | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 1.194.000 | $ 191.100 | (EPS017) FAMISANAR EPS | $ 1.194.000 | $ 149.300 | 2.436 | $ 1.194.000 | $ 29.100 | (CCF22) COLSUBSIDIO | $ 1.194.000 | $ 7.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 376.700 |

## III.TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 1.194.000 | $ 1.194.000 | $ 1.194.000 | $ 1.194.000 | $ 191.100 | $ 149.300 | $ 29.100 | $ 7.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 376.700 | $ 0 | $ 376.700 |



Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Scanned with CamScanner