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

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: PS 1546 2020 **C.D.P. No.:** 43 **Proceso al que pertenece:** PROGRAMA ATENCION DOMICILIARIA
Unidad a la que pertenece: UMHES SAMTA CLARA

Nombre del Contratista: LUZ MERY GIRALDO CARVAJAL **C.C.** 52.065.239 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2020-01-20 **Fecha Terminación incial:** 2020-02-19 **Valor Mensual:** $ 1.835.190 **Valor a cobrar:** $ 1.835.190

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 5.627.916	413	2020-02-20	2020-05-23
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	ENERO	$ 751.554	$ 258.300	40172312
2	FEBRERO	$ 1.835.190	$ 272.300	40641338
3	MARZO	$ 1.835.190	$ 273.000	41342075
4	ABRIL	$ 1.835.190	$ 271.700	598238055
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 1.835.190	$ 7.463.106	$ 6.257.124	$ 1.205.982

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SUS SERVICIOS PERSONALES Y PROFESIONALES, EN SU CONDICIÓN DE TÉCNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES Y DEMÁS ASIGNADAS, EN EL CONVENIO FFDS-CD No 0849 - 2019 , CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2020-04-01 **Hasta:** 2020-04-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

Observaciones:
No. Planilla: 598238055
Horas Certificadas: 210

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

Firma del Contratista

C.C. 52.065.239 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ
CARGO:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO CODIGO 237 GRADO 16
FIRMA	

Escaneado con CamScanner

ACTIVIDADES Y PRODUCTIVIDAD
Fecha: 1 al 30 de Abril 2020

Nº	ACTIVIDADES	CUMPLIMIENTO %
1	Atender y orientar a la persona en relación con sus necesidades y expectativas de acuerdo con políticas institucionales y normas de salud.	100%
2	Controlar las infecciones en los usuarios y su entorno de acuerdo con las buenas prácticas sanitarias.	100%
3	Apoyar la definición del diagnóstico individual de acuerdo con guías de manejo y tecnología requerida.	100%
4	Asistir a las personas en las actividades de la vida diaria según las condiciones del usuario siguiendo guías y protocolos vigentes.	100%
5	Participar en el cuidado a las personas para el mantenimiento y recuperación de las funciones de los diferentes sistemas por grupo etáreo en relación con los propósitos técnicos, científicos y éticos vigentes.	100%
6	Administrar medicamentos según delegación y de acuerdo con técnicas establecidas en relación con los procedimientos, guías y protocolos de la Subred Centro oriente y normas vigentes.	100%
7	brindar atención integral a la familia en relación al ciclo de vital de acuerdo con el contexto social, político, cultural y ético.	100%
8	Generar actitudes y prácticas saludables en los ambientes de trabajo.	100%
9	Solicitar traslado a la persona en situación de riesgo de salud a urgencias según nivel de atención requerida.	100%
10	Informar cambios y novedades al equipo multidisciplinario.	100%
11	Cumplir con los horarios e administración de tratamientos y procedimientos.	100%
12	Realizar registros en las historias clínicas.	100%
13	Tomar signos vitales y dejar registro.	100%
14	Realizar lavado de manos de acuerdo con técnica multimodal.	100%
15	Garantizar privacidad e intimidad a la persona a quien le realiza la atencion.	100%
16	Realizar traslado de los pacientes al domicilio bajo normas de bioseguridad.	100%
17	Realizar las actividades para el desarrollo de estrategias de Atencion Domiciliaria - Hospitalizacion domiciliaria, en el marco del convenio FFDS-CD No 0849 - 2019.	100%
TOTAL		100%

FIRMA SUPERVISOR

FIRMA CONTRATISTA 17-9-17

Escaneado con CamScanner

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 1 DE 1

DATOS GENERALES

TIPO	NUMERO	NOMBRE O RAZON SOCIAL	TIPO PRESENTACION	SUCURSAL / DEPENDENCIA	CODIGO	PERIODOS DE COTIZACION SALUD MES	SALUD AÑO	PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF MES	PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF AÑO	NUMERO RADICACION	TIPO EMPRESA	CLASE DE APORTANTE	CODIGO ARL	CODIGO OPERADOR
CC	52065239	LUZ MERY GIRALDO CARVAJAL	U C S D			2020	3	2020	418190		PUBLICA / PRIVADA / MIXTA: PRIVADA	PEQUEÑO / GRANDE / INDEPENDIENTE: INDEPENDIENTE	14-23	83

DIRECCION	CIUDAD/MUNICIPIO	CODIGO	DEPARTAMENTO	CODIGO	TELEFONO	FAX	CORREO ELECTRONICO	ACTIVIDAD ECONOMICA	VALOR NOMINA	TOTAL EMPLEADOS	FECHA DE PAGO (aaaa/mm/dd)	No. AUTORIZACION
CARRERA 85L # 83B-42 CASA 38	BOGOTÁ, D.C.	11001	BOGOTÁ, D. C.	11	3222223424		luzmery1210@hotmail.com	8299	0	1	2020/04/13	598236055

TOTAL APORTES DEL PERIODO A SALUD POR ADMINISTRADORA

COD EPS	NIT EPS	COTIZACION OBLIGATOR	UPC ADICIONAL	INCAPACIDADES No.AUTOR	INCAPACIDADES VALOR	LIC.MATERNIDAD No.AUT	LIC.MATERNIDAD VALOR	NETO COTIZAC	DIAS MORA	INTERESES MORA OBL	INTERESES MORA UPC	SUBTOTAL COTIZACION	SUBTOTAL UPC ADIC.	No. RADIC SALDO A FAVOR	SALDO A FAVOR COTIZ OBLIG	SALDO A FAVOR UPC ADICIONAL	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
EPS005	800251440-6	109,800	0		0		0	109,800	0	0	0	109,800	0		0	0	109,800	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A PENSIONES POR ADMINISTRADORA

COD AFP	NIT AFP	COTIZ OBLIGAT	COTIZ VOL AFILIADO	COTIZ VOL APORTANT	FONDO SOLI PENS	DIAS MORA	INTERES MORA COTIZ	INTERES MORA FONDO	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
230301	800224808-5	140,500	0	0	0	0	0	0	140,500	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A CAJAS POR ADMINISTRADORA

COD CCF	NIT CCF	VALOR APORTE	DIAS MORA	INTERESES MORA	TOTAL A PAGAR	No. AFIL

TOTAL APORTES DEL PERIODO A ICBF Y SENA

CONC	VALOR	DIAS MORA	INT MORA	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
ICBF					
1	0	0	0	0	0
SENA					
1	0	0	0	0	0

TOTAL APORTES DEL PERIODO A RIESGOS LABORALES

COD ARL	NIT ARL	COTIZ OBLIGAT	INCAPACIDADES No.AUTORIZ	INCAPACIDADES VALOR	APORTES OTROS RIESG	VALOR NETO COTIZACION
14-23	860011153-6	21,400		0	0	21,400
DIAS MORA	INTERES MORA COTI	SUBTOTAL APORT COTIZ	No. RADICAC SALDO A FAVOR	SALDO A FAVOR	FONDO SOLIDARIDAD	TOTAL A PAGAR
0	0	21,400		0	214	21,400

TOTAL APORTES DEL PERIODO A MIN. EDUCACION

VALOR	DIAS MORA	INT MORA FONDO	TOTAL A PAGAR

TOTAL APORTES DEL PERIODO A ESAP

VALOR	DIAS MORA	INT MORA FONDO	TOTAL A PAGAR

NUMERO DE ADMINISTRADORAS REPORTADAS

PENSIONES	1
SALUD	1
RIESGOS LABORALES	1
CAJAS DE COMPENSACION	0
OTRAS	0
TOTAL	3

TOTAL A PAGAR POR TIPO ADMINISTRADORA

TOTAL A PAGAR POR TIPO ADMINISTRADORA	ANTES DE IGE,LMA,IRP Y MORA	VALOR TOTAL
PENSIONES	140,500	140,500
SALUD	109,800	109,800
RIESGOS LABORALES	21,400	21,400
CCF	0	0
SENA	0	0
ICBF	0	0
ESAP	0	0
MINISTERIO DE EDUCACION	0	0
GRAN TOTAL	271,700	271,700

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

Escaneado con CamScanner