HOSPITAL "SAN CARLOS" E.S.E
NIT. 890.701.300-2
DPTO. CONTABILIDAD
FECHA: 10-05-2024
RECIBIDO: 2387
FIRMA:

CUENTA DE COBRO No. 01

10 DE MAYO DE 2024.

EL HOSPITAL SAN CARLOS DE E.S.E DE SALDAÑA TOLIMA

NIT: 890701300-2

DEBE A

JENNY PAOLA CALDERON ABRIL

C.C 1.109.491.504 de Saldaña Tolima

LA SUMA DE: UN MILLON SETECIENTOS MIL PESOS MCTE ($1.700.000,)

POR CONCEPTO DE: CONTRATACION DE PRESTACION DE SERVICIOS PARA COMPLEMENTAR LAS NOVEDADES TEMPORALES Y NECEDIDADES DEL PERSONAL DE AUXILIAR DE ENFERMERIA EN LAS DIFERENTES AREAS DEL HOSPITAL DANDO CUMPLIMIENTO A LOS PROCESOS, PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS INSTITUCIONALES.

CORRESPONDIENTE AL PERIODO DEL 16 AL 30 DE ABRIL 2024

CONTRATO NO. 105

1109491504

JENNY PAOLA CALDERON ABRIL

C.C 1.109.491.504 de Saldaña Tolima

INFORME DE ACTIVIDADES EJECUTADAS

FECHA DEL REPORTE: 10 DE MAYO DE 2024

1. DATOS GENERALES

CUENTA DE COBRO N°: 01

CONTRATO: N° 105 del 16/04/2024 ENTIDAD A FACTURAR: Hospital San Carlos E.S.E

PLAZO DE EJECUCIÓN DESDE: 16/04/2024 HASTA: 30/06/2024

NOMBRE Y APELLIDO CONTRATISTA: JENNY PAOLA CALDERON ABRIL

No. Documento de identificación: 1.109.491.504 Saldaña, Tolima
Mes informado: DEL PERIODO DEL 16 AL 30 DE ABRIL DE 2024
Consignar a la Cuenta: 42765788760 Del Banco: BANCOLOMBIA Tipo de Cuenta: AHORRO

2. INFORME DE ACTIVIDADES EJECUTADAS: DEL 16 AL 30 DE ABRIL DE 2024

Obligación Contractual /Actividades	Producto
1) Realizar la entrega de turno y/o recibo del turno teniendo en cuenta la lista de chequeo para los diferentes servicios: transporte y traslado de paciente(ambulancia), hospitalización, urgencias y observación y sala de partos.	Durante el periodo del 16 al 30 de abril de 2024 realice la entrega de turno diligenciando las diferentes listas de chequeo en el servicio según corresponde.
2) prestar cuidados de enfermería de acuerdo al servicio asignado en cuadro de turnos transporte y traslado de paciente(ambulancia), hospitalización, urgencias y observación y sala de partos.	En el periodo del 16 al 30 de abril de 2024 realice los cuidados de enfermería a cada paciente cumpliendo las ordenes médicas.
3) Realizar registros correspondientes en la historia clínica,(notas de enfermería, los signos vitales, hoja neurológica, medicamentos insumos y líquidos administrados y eliminados), de conformidad con las normas vigentes.	En el periodo del 16 al 30 de abril de 2024 registre en las historias clinicas de cada paciente las ordenes impartidas por medico tratante, cumpliendo con las normas del hospital.
4) Realizar de forma oportuna y eficaz a cada paciente, los procedimientos ordenados por el médico tratante en los servicios de transporte y traslado de paciente(ambulancia), hospitalización, urgencias y observación y sala de partos.	En el periodo del 16 al 30 de abril de 2024 cumplí a cabalidad las órdenes impartidas por el médico de turno para brindar una buena atención al paciente.
5) Realizar el trámite de los documentos de atención en salud y administrativos para la salida de cada paciente.	En el periodo del 16 al 30 de abril de 2024 se hace entrega documentos de egreso a cada paciente.

6) Cumplir con los protocolos de bioseguridad en la atención de los pacientes, así como mantener una adecuada desinfección de la ambulancia y el manejo de los desechos médico-quirúrgicos de acuerdo a las normas epidemiológicas.	En el periodo del 16 al 30 de abril de 2024 realice una adecuada desinfeccion de las diferentes areas y se da buen manejo a los desechos medico-quirurgicos.
7) Cumplir oportunamente con el despliegue de la ruta de urgencias y emergencias; y la ruta de violencia de género y sexual, haciendo primer llamado al profesional responsable sobre situaciones especiales emergentes y riesgos que observe el servicio..	En el periodo del 16 al 30 de abril de 2024 se da oportuno seguimiento y activacion de la ruta de seguimiento en los casos estipulados que lo requieran teniendo en cuenta los protocolos institucionales.
8) Aplicar los protocolos de atención y manejo del paciente de acuerdo a la prioridad en salud, ordenes médicas y de enfermería	En el periodo del 16 al 30 de abril de 2024 Aplique buen manejo al paciente según con los ordenes medica y enfermeria.
9) Participar en el proceso de egreso por remisión, vigilando el estado de salud para asegurar la continuidad de la atención hasta llegar a otra institución.	En el periodo del 16 al 30 de abril de 2024 realice traslados en remision a otra institucion vigilando el estado de salud del paciente y entregandolos en el orden establecido.
10) Conocer y defender el decálogo de los derechos al paciente aplicando la normatividad del código de ética hospitalaria.	En el periodo del 16 al 30 de abril de 2024 cumpli con el decálogo de los derechos al paciente aplicando la normatividad del código de ética hospitalaria.
11) Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas.	En el periodo del 16 al 30 de abril de 2024 cuide los objetos entregados para realizar mi trabajo en la institucion para la aprestar una excelente atencion al paciente.
12) Realizar el proceso administrativo de admisión del paciente	En el periodo del 16 al 30 de abril de 2024 admision de cada persona que requeria el serivio de urgencias.
13) Verificar base de datos de los usuarios	En el periodo del 16 al 30 de abril de 2024 Verifique la base de datos de los usuarios.
14) Apoyar en el proceso de referencia y contra referencia	En el periodo del 16 al 30 de abril de 2024 estuve al tanto cuando requiera del apoyo para cumplir con el servicio asignado.
15) Efectuar el reporte oportuno al Cruet.	En el periodo del 16 al 30 de abril de 2024 se sube informacion en plataforma de secretaria de salud informando la disponibilidad hospitalaria.
16) Gestionar, vigilar, registrar medicamentos, dispositivos médicos, material médico quirúrgicos y demás insumos en la historia clínica y factura de los usuarios.	En el periodo del 16 al 30 de abril de 2024 analice y estuve seguro de los elementos q se encuentran en el hospital estan en buenas condiciones como: medicamentos, dispositivos médicos, material médico

	quirúrgicos y demás insumos en la historia clínica y factura de los usuarios.
17) Informar oportunamente la devolución de medicamentos, dispositivos médicos , material médico quirúrgicos de cada paciente cuando se da orden de salida o remisión de este,	En el periodo del 16 al 30 de abril de 2024 se hizo devolucion de medicamentos y de los insumos en orden cuando dan egreso al paciente.
18) Cumplir con las normas de calidad y atención humanizada	En el periodo del 16 al 30 de abril de 2024 mostre al paciente tanto compañeros una buena atencion y excelente etica humanizada.
19) Cumplir con la ley 23 del secreto profesional.	En el periodo del 16 al 30 de abril de 2024 cumplí el deber de la ley 23 del secreto profesional.
20) Cumplir con la resolución 1995 de 1999 sobre el manejo de historias clínica y registro clínico	En el periodo del 16 al 30 de abril de 2024 cumpli con este deber dejando las evidencias en el sihos.
21) Elaborar el informe mensual sobre el desarrollo y avances de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento de las mismas.	Del 16 al 30 de ABRIL estuve al día con el informe mensual sobre el desarrollo de avances de las actividades que se realicen para entregarlas al supervisor.
22) Certificar bajo la gravedad del juramento que en cumplimiento de la ley 789 del 2002 no está obligada como persona natural a realizar los aportes parafiscales,	Como persona natural no estoy obligado a pagar parafiscales
23) Conforme a lo exigido por la ley 100 de 1.993, circular conjunta número 0001 de marzo 6 de 2.004 emitida por el ministerio de la protección social, ministerio de hacienda y crédito público y demás normas concordantes EL CONTRATISTA deberá asumir el pago total de los aportes por seguridad social integral que se deban cancelar en las cuantías y oportunidades legales establecidas de acuerdo al ingreso base de cotización	Anexo planilla de seguridad social.
24) Suscribir el acta de iniciación que dé común acuerda se haga con el supervisor una vez legalizado y perfeccionado el presente contrato.	Se firma acta de inicio de contrato el 16 de abril de 2024.
25)realizar las demás actividades que requiere el objeto contractual previa coordinación con el supervisor del contrato .	Realice las actividades solicitadas que requiere EL CONTRATANTE Y/O HOSPITAL.

EVIDENCIAS: Numero de folios (2)

X FOTOGRAFICAS

____INFORME DE RECIBIDO

____ TABLA DE ACTIVIDADES

____ FIRMA DE ASISTENCIA

Fotocopia de los aportes obligatorios a salud, pensión y ARL del periodo, según normatividad vigente y obligaciones del contrato

CERTIFICACIÓN JURAMENTADA:

Como Contratista del HOSPITAL SAN CARLOS ESE DE SALDAÑA-TOLIMA y para dar cumplimiento a lo estipulado en la normatividad vigente, certifico bajo la gravedad de juramento que los documentos soporte del pago de mis aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social corresponden a los ingresos provenientes del Contrato No 105 DE 16/04/2024 que además realice el pago correspondiente a estampillas.

Firma del Contratista:

C.C No.: 1009491504

Favor anexar y enumerar los soportes/ evidencias

ACTIVIDADES

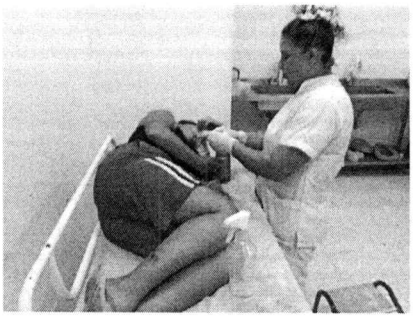
ACTIVIDAD 1



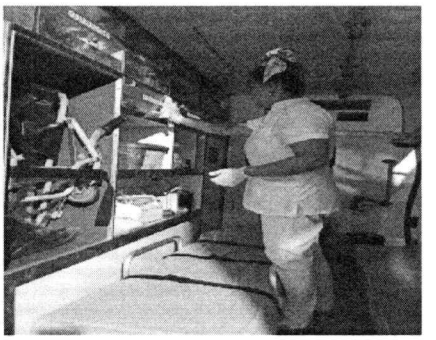
ACTIVIDAD 2 ,6



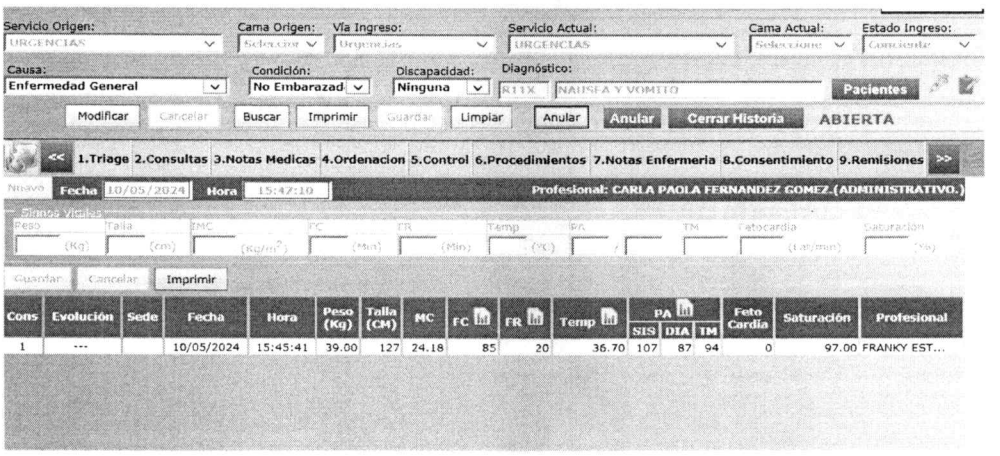
ACTIVIDAD 4



ACTIVIDAD 7



ACTIVIDAD 3 – 5 – 8 – 12 – 13 – 16 - 17



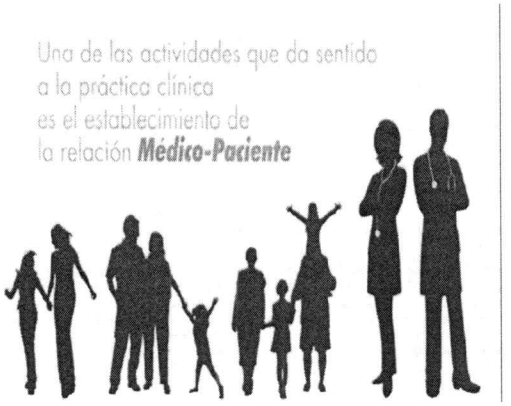
Evidencia 10



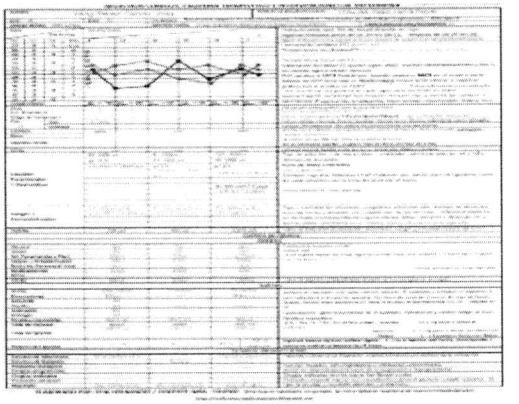
Evidencia 14



ATENCIÓN HUMANIZADA 18



EVIDENCIA 20



PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

CEDULA DE CIUDADANIA	NUMERO DE IDENTIFICACION:	1109491504
		JENNY PAOLA CALDERON ABRIL
SALDAÑA	DEPARTAMENTO:	TOLIMA
CALLE 15 # 13-93	TELEFONO:	2666000
02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicios personales n.c.p.
UNICO		
) APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):		NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NUMERO PLANILLA:		1951757416	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES abril AÑO	2024	PERIODO COTIZACION SALUD	MES abril AÑO	2024
DIAS DE MORA:		5			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/05/08	NÚMERO AUTORIZACION		

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
RVENIR	1	$ 104.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 500	$ 0	$ 104.000	$ 500	$ 104.500
									$ 104.000	**$ 500**	**$ 104.500**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN VALOR ADRES	MORA COTIZACIÓN	MORA VALOR ADRES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
UD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 81.300	$ 0	$ 400	$ 0	$ 81.300	$ 400	$ 0	$ 81.700
												$ 81.300	**$ 400**	**$ 0**	**$ 81.700**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NUMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
VA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 15.900	$ 15.900	$ 100	$ 0	$ 16.000
								$ 15.900	**$ 100**	**$ 0**	**$ 16.000**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

L COTIZANTE / NOVEDADES

SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BASICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
	$ 1.300.000			NO																	

SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN

ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACION	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
230301-PORVENIR	15	$ 650.000	$ 104.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 104.000

SALUD

ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE
EPS002-SALUD TOTAL	15	$ 650.000	$ 81.300	$ 0	$ 81.300

ARP

ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	15	$ 650.000	1109491504	$ 15.900

PARAFISCALES

DIAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MEN TOTAL APORTE
	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 202.200

1109491504

soi

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
RECIBO PARA PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1109491504
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			JENNY PAOLA CALDERON ABRIL
CIUDAD/MUNICIPIO:	SALDAÑA	DEPARTAMENTO:	TOLIMA
DIRECCIÓN:	CALLE 15 # 13-93	TELÉFONO:	2666000
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicios
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	**1951761146**	TIPO DE PLANILLA:		N-CORRECCIONES	
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	abril	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	abril
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2024	SALUD:	AÑO:	2024
NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	1951757416		FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA:		2024/05/08

INFORMACIÓN FECHAS DE PAGO

FECHA LIMITE DE PAGO	DIAS DE MORA	VALOR DE LA MORA	VALOR POR PAGAR
2024/05/14	11	$ 2.000	$ 203.000
2024/05/15	12	$ 2.100	$ 203.100
2024/05/16	13	$ 2.200	$ 203.200
2024/05/17	14	$ 2.400	$ 203.400
2024/05/20	17	$ 3.000	$ 204.000
2024/05/21	18	$ 3.100	$ 204.100

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800224808	230301	230301-PORVENIR	1	$ 104.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 104.000**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800130907	EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1	$ 81.200
		SUBTOTAL:	1	**$ 81.200**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 15.800
		SUBTOTAL:	1	$ 15.800

TOTAL POR PAGAR:	**$ 203.000**

SOI

COLPATRIA MULTIBANCA

Certificamos que JENNY PAOLA con documento CEDULA DE CIUDADANIA 1109491504, realizó el pago de aportes a la seguridad social del Señor (a) JENNY PAOLA CALDERON ABRIL con documento CC 1109491504, como se detalla a continuación:

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número de Planilla	1951761146	Tipo de Planilla	N-CORRECCIONES
Periodo Cotizado Otros	ABRIL/2024	Periodo Cotización Salud	ABRIL/2024
Fecha Pago	2024/05/14	Número de Autorización	4617203202

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL			
PENSIÓN		Administradora	230301 - PORVENIR
Días	30	Tarifa	16,000 %
Indicador tarifa especial	Normal		

SALUD		Administradora	EPS002 - SALUD TOTAL
Días	30	Tarifa	12,500 %

RIESGOS PROFESIONALES		Administradora	14-23 - POSITIVA COMPAÑIA DE
Días	30	Tarifa	2,436 %
Clase de Riesgo	3		

Cotizante exonerado pago aportes salud, SENA e ICBF (Reforma Tributaria): NO