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 CONTRATACIÓN
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 04
FECHA: 2024-02-22

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 4132 2024	**C.D.P. No.:**	1923
Proceso que pertenece:	GESTION INTEGRAL DEL RIESGO		
Servicio al que pertenece:	CONTROL Y PREVENCION DE INFECCIONES		
Unidad a la que pertenece:	HOSPITAL SANTA CLARA		
Nombre del Contratista:	WINDY NAYARITH PINTO MARTINEZ	**C.C.**	1.002.624.413 **de:** SOACHA
Fecha Inicio:	2024-06-11	**Fecha Terminación inicial:**	2024-06-30
Valor Mensual:	$ 2.086.862	**Valor a cobrar:**	$ 2.086.862

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 1.789.809	2272	2024-07-01	2024-07-31
2	$ 6.245.436	2593	2024-08-01	2024-10-31
3	$ 15.150	2792	2024-08-01	2024-10-31

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO PLANILLA
1	JUNIO	$ 1.442.840	N/A	N/A	N/A
2	JULIO	$ 2.081.812	$ 406.100	77990699/78966497	11/7/2024 - 26/07/2024
3	AGOSTO	$ 2.086.862	$ 404.000	78848236	12/08/2024

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 1.734.843	$ 9.785.238	$ 5.611.514	$ 4.173.724

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE GESTION INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E PARA EL

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2024-08-01 **Hasta:** 2024-08-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUTO O EVIDENCIA
1	Ejecutar las acciones propias de su objeto contractual según plan de trabajo y cronograma de actividades, el cual deberá ser aprobado previamente por el supervisor.	Elaboración cronograma de servicios en el mes	Cronograma de actividades
2	Realizar diariamente la búsqueda activa de los eventos de interés en salud pública y de infecciones asociadas a la atención en salud – en los diferentes servicios de las unidades de la Subred Centro Oriente.	Se realiza ronda diaria por los servicios de la unidad en busqueda de IAAS, inicios de antibióticos y son reportados al medico hospitalario e Infectología	Base de busqueda activa
3	Realizar ronda en las diferentes unidades, revisión de reporte microbiológicos junto con Infectología y/o epidemiologia, socializar y educar a colaboradores.	Se realiza revisión diaria de cultivos, rondas y se retroalimenta en los servicios los hallazgos en el hospital santa clara	Cultivos, Base busqueda activa, capacitaciones
4	Identificar casos sospechosos de IAAS e iniciar investigación de caso individual.	Se realiza busqueda activa de casos y son remitidos al medico hospitalario del equipo de infecciones	Base de busqueda activa
5	Hacer solicitudes al archivo y revisar historias clínicas completas de casos sospechosos de IAAS.	Revisión de Historias Clinicas en sistema Dinamica Gerencial	Historias en Dinámica
6	Diligenciar formato individual de IAAS con la identificación de factores de riesgo exógenos y endógenos.	Se diligencian en la base de IAAS	Base IAAS
7	Apoyo permanente en fase rápida de investigación de brotes de IAAS (medidas de controles iniciales), y fase lenta (operación de medidas).	no hubo este mes	no aplica
8	Revisión diaria de la evolución clínica y órdenes de los pacientes en seguimiento por caso sospechoso, probable y confirmado de IAAS	Seguimiento a casos con sospecha de IAAS y pacientes con aislamiento	Listas de chequeo aplicadas
9	Visitar diariamente al laboratorio clínico para realizar seguimiento a los cultivos y aislamientos microbiológicos, realizar retroalimentación de IAAS confirmadas, Tabulación, consolidación y actualización de bases de datos de pacientes con IAAS confirmadas descartadas y extra institucionales.	revision y reportes que entrega laboratorio a través de correo y retroalimentación de casos de IAAS	Reportes laboratorio Listas de chequeo aislamiento Base IAAS
10	Participación en análisis de casos de IAAS con Infectología.	Asistencia a los analisis de casos IAAS del Hospital Santa Clara	Listas de asistencia, entrevistas y acta
11	Diligenciar ficha de notificación a SIVIGILA de infecciones asociadas a dispositivos.	Se realiza ficha de notificacion SIVIGILA de las infecciones asociadas a dispositivos o Procedimientos médico qurúrgicos de acuerdo a la base de casos confirmados de IAAS que entrega el médico hospitalario del comité.	Fichas de notificacion del INS de los eventos IAAS-sivigila Formatos de dias dispositivo
12	Seguimiento a la evolución de pacientes con aislamientos microbiológicos de interés epidemiológico.	Verificación mediante ronda diaria en el Hospital santa clara de los aislamientos, aplicando la lista de chequeo para el cumplimiento de los mismos.	Lista de chequeo de aislamientos
13	Participación en jornadas de capacitación, educación continuada al personal en temas inherentes cuando se requiera y acompañamiento de entes externos en las unidades en las actividades programadas con sus respectivos soportes e	Se participa en capacitacion al personal tercerizado, enfermeria, personal en formacion en higiene de manos, limpieza y desinfeccion, normas de bioseguridad, aislamiento hospitalario, prevención IAD.	Listas de Capacitaciones

14	Participación como personal de apoyo en medición e implementación en el plan de capacitación (inducción, re inducción), en temas asociados a estrategia multimodal de higiene de manos.	se realiza observaciones de 5 momentos y tecnica de higiene de manos y se realiza capacitacion en estrategia multimodal de higiene de manos	Listas de Capacitaciones
15	Apoyar la construcción de la línea de base y seguimiento de indicadores de higiene de manos como parte fundamental de una atención segura.	Se realiza apoyo en las observaciones de higiene de manos y listas de chequeo de verificación de técnica	formato de observaciones de 5 momentos y verificación de técnica
16	Realizar verificación visual de la adherencia y técnica de higiene de manos en los diferentes servicios, hacer retroalimentación en quienes se detectan oportunidades de mejoramiento.	Se realiza apoyo en las observaciones de higiene de manos y listas de chequeo de verificación de técnica realizando retroalimentación y capacitación	formato de observaciones de 5 momentos y verificación de técnica, lista de capácitación
17	Vigilar que se brinden herramientas e insumos para exigir al personal el cumplimiento de la estrategia multimodal.	Se realiza notificación a refrente de estrategia multimodal de higiene de manos cuando se acaban insumos o se dañan dispensadores de productos de higiene de manos	Correos, actas de servicio, verificaciones
18	Supervisión de adherencia de normas del manual de bioseguridad con la respectiva retroalimentación.	Se realizaron listas de chequeo en diferentes servicios del hospital santa clara verificando el cumplimiento del Manual de Bioseguridad con toma de luminometrias	Listas de verificación de servicios
19	Revisar el cumplimiento de las precauciones de aislamiento, señalización respectiva, uso adecuado de barreras de protección, control de diseminación de microorganismos, así mismo la identificación de casos.	Verificación mediante ronda diaria en la unidad de los aislamientos, aplicando la lista de chequeo para el cumplimiento de los mismos.	Lista de chequeo de aislamientos
20	Consolidación de la base de datos por área, unidad e individual con su respectiva notificación a la Secretaría Distrital de Salud mensual con plan de acción de cada unidad.	se entregan sospechas de IAAS para consolidacion y notificacion a secretaria de salud	formato de sospecha
21	Informar sobre los casos sospechosos, probables, confirmados y demás novedades que se encuentren en la ronda diaria verificando el respectivo diligenciamiento de la ficha en salud pública.	Se realiza diligenciamiento de base busqueda activa y diario se informa al médico hospitalario de IAAS para confirmación	Base Busqueda activa, Base casos IAAS
22	Diligenciamiento diario del formato de factor de riesgo asociado a dispositivos en las unidades de cuidado intensivo adulto, pediátrico y neonatal.	Verificación en ronda diaria del diligenciamiento de los paquetes de prevencion de IAD	rondas
23	Verificación semanal de paquetes de medidas catéter central, catéter urinario y ventilación mecánica dispositivos en las unidades de cuidado intensivo adulto, pediátrico y neonatal.	Seguimiento a los paquetes de medidas de dispositivos médicos y aplicacio de listas de chequeo por IAAS en los servicios que corresponda	Formato de Paquetes de prevención y listas de chequeo
24	Apoyar a la Entidad en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales de las unidades de servicios de salud de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente.	Acompañamiento en visitas de entes de control, consejales, aseguradoras y habilitación del santa clara, acompañamiento y diligenciamiento de los formatos de seguridad del paciente y bioseguridad,apoyo presentacion de precomites	presentacion, actas de precomite

Observaciones: 202 horas

Nota: Es deber contractual anexar la certificación del pago a Salud, pensión y ARL. En caso de tener contrato nuevo adjuntar el soporte de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud como cotizante y afiliación a pensión., Teniendo en cuenta que con la implementación del Decreto 1273 de 2018 el pago de aportes se hace de manera vencida de acuerdo con las fechas establecidas en el Decreto 1990 de 2016.

Windy Pinto

Firma del Contratista

C.C. 1.002.624.413 **de** SOACHA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATO	
NOMBRE:	LORENZA BECERRA CAMARGO
CARGO:	DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05
FIRMA	

VISTO BUENO DEL LIDER DEL PROCESO O CONTRATO	
NOMBRE	**MARLEY ANDREA AVILA PUENTES**
CARGO	REFERENTE DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES
FIRMA	

Cuenta de cobro 03 - 2024

SUBRED INTEGRADA DE

SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. Nit. 900.959.051-7

DEBE A:
Windy Nayarith Pinto Martínez
C.C. 1002624413 de Soacha

LA SUMA DE:
DOS MILLONES OCHENTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS SESENTA Y DOS PESOS M/CT

($2.086.862)

Por concepto de:

- Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No PS 4132 2024 correspondiente del 01 a 31 de agosto de 2024.

Objeto: PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE GESTION INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E PARA EL

Windy Pinto

Cordialmente,
Windy Nayarith Pinto Martínez
C.C: 1002624413
Teléfono: 3224127978
No Cuenta 04500003870
Ahorros, Bancolombia
Fecha: 31/agosto/2024

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	1002624413	WINDY NAYARITH PINTO MARTINEZ	Cra 21b este # 48 - 41	3224127978	sebasttan05@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.		SI

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	
2024-07	2024-07	I	12/08/2024	78848236	$404.400	

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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	162.500	0		0		0	7	900	0	163.400	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
230301	Porvenir	800224808-8	208.000	0	0	0	0	7	1.100	0	209.100	1

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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	31.700				31.700	7	200	31.900			317	31.900	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	7	0	0	0
ICBF				
0	7	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	162.500	163.400
Pensión	1	208.000	209.100
Riesgos Laborales	1	31.700	31.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	402.200	404.400

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	1002624413	WINDY NAYARITH PINTO MARTINEZ		Cra 21b este # 48 - 41	3224127978	sebastian05@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.		SI

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	
2024-07	2024-07	I	12/08/2024	78848236	$404.400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	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
CC	1002624413	PINTO MARTINEZ WINDY NAYARITH	57	0			N																	230301	1.300.000	208.000	0	0	.0	0	EPS002	1.300.000	162.500	14-11	1.300.000	3	31.700		0	0	0	0	0	0	0	0

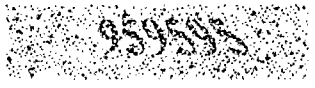
PAGADA

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

Agosto 13 de 2024 / 9:52 AM

Inicio / Consulta Pago por Aportes

Esta consulta esta únicamente disponible para que pueda verificar una planilla que ha pagado un independiente en los ultimos 12 meses, suministrando los datos a continuación que la persona le ha indicado.

Tipo de Documento:	Cédula Ciudadanía
Número de Documento:	1002624413
Número de Planilla:	78848236
Fecha de pago de la planilla:	Día: 12 Mes: Agosto Año: 2024
Periodo de pago salud:	Mes: Julio Año: 2024
Ingrese el valor total pagado de la planilla:	404400 No ingresar letras, caracteres extraños ni puntos o comas
Digite el número que aparece en la imagen:	332944 

Consultar

Administradoras pagadas	Periodo de pago
ARL SURA	Julio - 2024
Porvenir	Julio - 2024
Salud Total EPS	Julio - 2024

Todos los derechos reservados © 2024 . Compensar - Cenet S.A.

certicámara

Acerca de los certificados SSL

CO-SI606-1 CO-SC5892-16

compensar | miplanilla.com

Comfenalco Valle delagente

Powered by Cenet Edinet

× Bienvenidos

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 **Ejecución del Contrato**
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

◌ Porcentaje ◌ Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? ◌ Sí ◉ No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	bienesY Rentas	bienesYRentas_1721309028983_1002624413.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	conflicto Intereses General	conflictoInteresesGenral_1721309124489_1002624413.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	DECLARACION_CONFLICTO_INTERES_sigep.pdf	DECLARACION_CONFLICTO_INTERES_sigep.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 4132 2024 CUENTA DE COBRO DE JUNIO 2024.pdf	PS 4132 2024 CUENTA DE COBRO DE JUNIO 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☑	PS 4132 2024 CUENTA DE COBRO DE JULIO 2024.pdf	PS 4132 2024 CUENTA DE COBRO DE JULIO 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >