Secretaria 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: 02
FECHA: 2020-05-04

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 2886 2020	**C.D.P. No.:**	10	**Proceso al que pertenece:**	PROCESO ASISTENCIAL/ ENFERMEIA
				Unidad a la que pertenece:	UNIDAD SANTA CLARA

Nombre del Contratista:	ZORAIDA CUBILLOS DÍAZ	**C.C.**	51.872.347	**de:**	Bogotá		
Fecha Inicio:	2020-02-10	**Fecha Terminación incial:**	2020-07-31	**Valor Mensual:**	$ 1.620.360	**Valor a cobrar:**	$ 1.620.360

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	ENERO	$ 0	$ 0	0
2	FEBRERO	$ 2.160.480	$ 271.700	8340267813
3	MARZO	$ 2.160.480	$ 271.700	8340909564
4	ABRIL	$ 1.620.360	$ 271.700	8341582398
5	MAYO	$ 1.620.360	$ 157.600	8342642323
6	JUNIO	$ 1.620.360	$ 157.600	8342944405
7	JULIO			
8	AGOSTO			
9	SEPTIEMBRE			
10	OCTUBRE			
11	NOVIEMBRE			
12	DICIEMBRE			
13	ENERO			

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 10.370.304	$ 10.370.304	$ 10.802.400	-$ 432.096

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO DE MANERA PERSONAL Y AUTONOMA, EN SU CONDICIÓN DE TÉCNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERÍA, PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIAL EN LOS PROCESOS DE GESTIÓN HOSPITALARIA, URGENCIAS Y QUIRURGICOS, CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD E.S.E.

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2020-06-01 **Hasta:** 2020-06-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUTO O EVIDENCIA
1	Prestar el servicio de conformidad con la programación de agenda acordada con el supervisor del contrato, para el desarrollo de sus actividades.	Informo sobre la evolución y las actividades realizadas con el fin de proporionar al turno entrante información actualizada y dar continuidad del cuidado de enfermería.	se realiza recibo y entrega de turno y se firma libro entrega de turno y recibdo en servicios de Bahía 2
2	Controlar los signos vitales de cada uno de los pacientes asignados con la periodicidad requerida según orden médica, orden de Enfermería y protocoló institucional, informando al médico y enfermera las alteraciones encontradas y registrándolas en la historia clínica digital.	Cumple con los procedimientos y protocolos hospitalarios del servicio, tendientes a promover la recuperacion del paciente.	se realiza toma de signos vitales y registros y toma de glucometrias en nota de enfermerias
3	Orientar y preparar a los pacientes para exámenes diagnóstico de acuerdo con los protocolos de manejo y tecnología requerida. Según normas establecidas para cada procedimiento.	Deja evidencia científica y legal de las actividades ejecutadas.	se realiza ronda continua de enfermerias y registra en nota de enfermerias
4	Realizar actividades propias del cuidado de enfermería previniendo acciones inseguras en la prestación de servicios de salud.	Aplica los protocolos para prevenir la ocurrencia de infecciones intrahospitalarias en los pacientes y su entorno de acuerdo con las buenas practicas sanitarias.	se realiza registro en la carpeta de desinfencion y hoja de traslado
5	Notificar inmediatamente las acciones inseguras ocurridas a sus pacientes al médico de turno, jefe inmediato y en el sistema de reporte.	Suministro información al enfermero para toma de medidas óptimas de manejo médico - quirúrgico	se informa al jefe de turno sobre cambios en el paciente y se registra nota de enfermerias
6	Informar a la enfermera jefe del servicio y al médico tratante, sobre los cambios del estado clínico de los pacientes en forma oportuna y adecuada.	Da información de fácil comprensión de los cuidados, ordenes medicas para dar continuidad al tratamiento ambulatorio.	se educa al paciente y familiar,según protocolo institucional , registra en nota de enfermeria
7	Revisar la Historia clínica de los pacientes asignados conociendo su evolución diaria, tratamiento, para realizar el plan de cuidado de enfermería integral del paciente.	Aplico las normas de bioseguridad, se reporta eventos adversos.	se reporte eventos adverso al jefe y se realiza reporte en intranet y nota de enfermeria

Scanned with CamScanner

11	Responder por los inventarios, conservación y uso adecuado de los equipos, elementos e insumos, al igual que el cuidado de la infraestructura del servicio y/o área donde se encuentre desarrollando las actividades.		se realiza inventarios de insumos resividos
12	Cumplir con los procesos, procedimientos, guías y demás normas definidas por la entidad, de conformidad con el objeto del contrato.		se realiza labor en area asignada
13	Asistir a reuniones y capacitaciones programadas por la entidad.		listas de asistencia
14	Realizar la desinfección de manera oportuna de la unidad del paciente de acuerdo a los protocolos institucionales.		se realiza desinfecion de camillas areas unidad del paciente
15	Realizar la toma oportuna de las muestras de laboratorio que requieran los pacientes con el fin de agilizar el tratamiento.		se realiza toma de paraclinicos y registra en libros y en nota de enfermerias
16	Asistir en la alimentación a los pacientes asignados conservando las precauciones establecidas según el caso.		se asiste dieta a paciente que lo requiera, y se deja evidencia en nota de enfermerias

Observaciones:	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.C. 51.872.347 de Bogotá

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	NINI JOHANNA ALVAREZ RIVERA
CARGO:	ENFERMERA
FIRMA	

Scanned with CamScanner

Señor(es): ZORAIDA CUBILLOS DIAZ
Nit: CC 51872347
Dirección: CALLE 48 Q SUR NO 5 C 59
Teléfono: 7391659 **Fax:** 7391659
Ciudad: BOGOTA, D.C.

Respetado(s) señor(es)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:

compensar | miplanilla.com

Nombre	ZORAIDA CUBILLOS DIAZ
Tipo y número de identificación	51872347
Número de radicación planilla	8342944405
Fecha de pago	6/9/2020
Número de autorización de pago	15529577
Banco	1023
Valor Comisión	$0

Número de empleados	1
Periodo cotización salud	Mayo 2020
Periodo cotización pensión	Mayo 2020
Periodo cotización caja	Mayo 2020
Número de administradoras	3
Total Pagado	$157.600
Total interes mora	$0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	$21.400	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	$26.400	1
EPS008	Compensar EPS	$109.800	1

PAGADO 15529577

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

compensar | miplanilla.com

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

DATOS DEL AFILIADO							NOVEDADES																				VALOR IBC							LIQUIDACION DE APORTES				
№	TIPO	NUMERO	APELLIDOS Y NOMBRES	COD EPS	COD AFP	COD CAJA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	NUEVA EPS	NUEVA AFP	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC CAJAS	IBC RIESGOS	SUBTIPO COTIZANTE	EXTRANJERO	COLOMBIANO EN EXTERIOR	COTIZ PENSION	FONDO SOLIDAR PENSION	APORTE VOLUNT PENSION	COTIZ SALUD	UPC ADICIONAL
1	CC	51872347	CUBILLOS DIAZ ZORAIDA	EPS008	25-14																				877.803	877.803	0	877.803	0			26.400	0	0	109.800	0

PAGADO 1592957

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