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: 02**
**FECHA: 2020-05-04**

## 1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. CONTRATO - OPS:** | PS 2879 2020 | **C.D.P. No.:** | 10 | **Proceso al que pertenece:** | PROCESO ASISTENCIAL / ENFERMERIA |
| | | | | **Unidad a la que pertenece:** | UNIDAD DE SANTA CLARA |
| **Nombre del Contratista:** | CARLA TATIANA MOLINA GOMEZ | | | **C.C.** | 1.014.181.301 **de:** BOGOTA |
| **Fecha Inicio:** | 2020-02-06 | **Fecha Terminación incial:** | 2020-07-31 | **Valor Mensual:** | $ 3.083.694 **Valor a cobrar:** $ 3.083.694 |

| ADICION/ OTRO SI | VALOR ADICION | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | | | | |
| 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 | NUMERO DE PLANILLA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | ENERO | $ 0 | $ 0 | 0 |
| 2 | FEBRERO | $ 3.116.852 | $ 386.800 | 40539386 |
| 3 | MARZO | $ 3.547.906 | $ 436.300 | 41137312 |
| 4 | ABRIL | $ 3.017.378 | $ 379.900 | 589068762 |
| 5 | MAYO | $ 3.083.694 | $ 381.900 | 42398353 |
| 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 |
|---|---|---|---|---|
| | $ 20.093.748 | $ 20.093.748 | $ 12.765.830 | $ 7.327.918 |

## 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 CONDICION DE ENFERMERA PARA LA EJECUCION DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LOS PROCESOS DE GESTION HOSPITALARIA , URGENCIAS U QUIRURGICOS ,CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVIOCIOS DE LA SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

**Relación de actividades para el periodo:** **Desde:** 2020-05-01 **Hasta:** 2020-05-31

| | OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las relegidades de la sistema) | DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO | |
|---|---|---|---|
| | | ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUTO O EVIDENCIA |
| 1 | Identificar las infecciones asociadas a la atención en salud. | Informar la evolución clínica, las actividades realizadas y las pendientes, el estado de los equipos, el nivel de existencias de insumos, el inventario del servicio y del carro de paro, los traslados, ingresos, relaciones familia – paciente y demás relacionadas, con el fin de proporcionar al turno entrante la información necesaria para la continuidad del plan | Se realiza en entrega de turno de modo verbal la transmisión de información completa acorde a insumos, equipos y pacientes pendientes por valorar y ya valorados |
| 2 | Investigar el tipo de infección, agente etiológico, factores de riesgo para iniciar acciones de control, identificar y emitir alertas epidemiológicas para direccionar médidas de control inmediato, documentación de las acciones. | De acuerdo con la patología, la evolución y las ordenes medicas para definir lo que se debe ejecutar | Se realizan valoraciones completas de los pacientes definiendo el nivel de urgencia y la necesidad de aislamiento respiratorio acorde a patología, queda consignado en historia clínica. |
| 3 | Participar en la investigación de brotes y efectuar notificación inmediata y obligatoria de infecciones intrahospitalarias en caso de confirmación y ejecución de las intervenciones requeridas. | Distribuir los pacientes y las actividades especificas del servicio que deben desarrollar de acuerdo con el plan de cuidados de cada paciente. | Se priorizan los pacientes de acuerdo a la clasificación de triage, y se inician actividades acorde a las necesidades del paciente, incluyendo la distribución de pacientes que requieran aislamiento respiratorio. |
| 4 | Velar por el cumplimiento de la normatividad Institucional, local y nacional respecto a IAAS. | Promover la recuperación del paciente. | Se clasifica paciente en pro de velar por su ágil y oportuna atención de acuerdo a la clasificación de Triage. |
| 5 | Analizar la información del comportamiento de IAAS junto con Infectología o las especialidades involucradas en el manejo de los casos. | Tener en cuenta las ordenes medicas, la evolución y los reportes diagnósticos para valorar la evolución del paciente y garantizar integralidad en el manejo de información. | Se transmite información a médicos y cirujanos lo cual se registra en historia clínica de acuerdo a la clasificación de Triage |
| 6 | Participar en la vigilancia del cumplimiento de los protocolos o guías de procedimientos y normas de bioseguridad. | Dejar constancia científica y legal de lo actuado | Se registra en la historia clínica la atención dada con todos los elementos de protección personal acorde a protocolos de bioseguridad. |
| 7 | Participar en los procesos capacitación para el personal de la institución. | Consolidar la producción de la unidad y las especialidades | Se diligencia estadística institucional de los pacientes atendidos, incluyendo hora y clasificación de Triage evidencia en drive turnos noche impar |
| 8 | Asistir a las reuniones mensuales ordinarias y extraordinarias cuando sea necesario. | Asistir a la reuniones mensuales ordinarias y extraordinarias cuando sea necesario. | Acorde a las necesidades de coordinación se atienden llamados, reuniones y sugerencias |
| 9 | Realizar el registro y el envío oportuno de los informes solicitados por la Institución u otras Entidades. | Para el desarrollo y formación de recurso humano en salud. | Se envía información solicitada por la coordinación, se responden encuestas en links enviados |
| 10 | Notificar los sucesos de calidad que se presenten en el servicio. | Mejoramiento continuo de la calidad de la atención del paciente | Se comentan casos específicos siempre en busqueda de retroalimentación y así lograr el mejoramiento continuo, aunque no se detectarou eventos adversos durante el presente mes |
| 11 | Participar en los análisis a los que sea convocados. | Promover Procesos de mejoramiento continuo | Se revisa y se aplica la información recibida en búsqueda del mejoramiento continuo de los procesos y los servicios |
| 12 | Acompañar y observar la implementación de las acciones de mejora definidas para los diferentes servicios. | Realizar los pedidos con oportunidad y suficiencia, velar por el uso racional de los mismos | se mantinen insumos requeridos en el servicio en pro de agilizar la atención y mantener un ambiente óptimo tanto para el paciente como para el funcionario |
| 13 | Participar en la elaboración y actualización de los manuales de normas procedimientos y protocolos asistenciales del área. | Unificar Criterios en el desarrollo de las actividades | se comentan específicos con los compañeros del servicio y se siguen protocolos institucionales |
| 14 | Mantener la reserva de la información. | Conocer y plantear nuevas alternativas de diagnostico y manejo de los pacientes | se comunica información especifica en pro de mantener una atención oportuna y ágil |
| 15 | Informar al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de sus obligaciones. | Velar por el seguimiento de las normas de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad | se utiliza la totalidad de los elementos de protección y se vela por ejecutar los protocolos de desinfección institucionales |
| 16 | Asistir al Comité Institucional y técnico Distrital de infecciones intrahospitalarias. | | |

**Observaciones:**

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

Tatiana Molina G.
**Firma del Contratista**

**C.C.** 1.014.181.301 **de** BOGOTA

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

Nini J. Alvarez R.
Enfermera Jefe
31/5/25

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 | 1014181301 | CARLA TATIANA MOLINA GOMEZ | CALLE 83 A 116 A 72 CASA 66 CORTIJO | 8059346 | k.tatiana_19@hotmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD |
| | | | | | EMPLEADOS: 1 / UPC: 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR |
| 2020-05 | 2020-05 | I | 06/05/2020 | 42398353 | $406.600 |

## 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 | | | | | |
| EPS008 | Compensar EPS | 860066942-7 | 154.300 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 154.300 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230201 | Proteccion (ING + Proteccion) | 800229739-0 | 197.500 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 197.500 | 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 | | | | | | | | | | |
| 14-7 | Seguros Bolivar S.A. | 860002503-2 | 30.100 | | | | 30.100 | 0 | 0 | 30.100 | | | 301 | 30.100 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CCF24 | Compensar Caja | 860066942-7 | 24.700 | 0 | 0 | 24.700 | 1 |

**TOTALES PARAFISCALES**

| Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|
| SENA | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 0 | 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 | 154.300 | 154.300 |
| Pensión | 1 | 197.500 | 197.500 |
| Riesgos Laborales | 1 | 30.100 | 30.100 |
| CCF | 1 | 24.700 | 24.700 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 4 | 406.600 | 406.600 |

PAGADA 42398353

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