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 2966 2020 | **C.D.P. No.:** | 10 | **Proceso al que pertenece:** | PROCESO ASISTENCIAL/ ENFERMEIA |
| | | | | **Unidad a la que pertenece:** | UNIDAD SANTA CLARA |

**Nombre del Contratista:** CAROLINA FAJARDO LUGO **C.C.** 1.033.780.357 **de:** BOGOTA D.C

**Fecha Inicio:** 2020-02-05 **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 | $ 2.700.600 | 1960 | 2020-08-01 | 2020-08-31 |
| 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 | $ 1.719.382 | $ 271.700 | 4319606491 |
| 3 | MARZO | $ 1.998.444 | $ 271.700 | 4324301206 |
| 4 | ABRIL | $ 1.620.360 | $ 271.700 | 4328311354 |
| 5 | MAYO | $ 1.782.396 | $ 157.600 | 4336809272 |
| 6 | JUNIO | $ 1.728.384 | $ 157.600 | 4337069663 |
| 7 | JULIO | $ 1.620.360 | $ 271.700 | 4342201815 |
| 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 |
|---|---|---|---|
| $ 10.469.326 | $ 13.169.926 | $ 10.469.326 | $ 2.700.600 |

## 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:** 2020-07-01 **Hasta:** 2020-07-31

| | OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta) | DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 1 | 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 con medidas de bioseguridad y se firma libro entrega de turno y recibo en servicios de pasillos dos |
| 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 y se registran en libro de glucometiras |
| 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 | 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 |
| 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 nota de enfermeria y via whasap |
| 8 | Mantener limpio y ordenado la unidad de los pacientes asignados durante el turno. | Realizo inventerio por turno y revision mensual de los elementos del carro de paro y se informa estado y faltantes. | se realiza inventario por turno,dejando registrado en libro y carpetas |
| 9 | Realizar registros clínicos en forma oportuna, diligenciando todas las variables correctamente y dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999 y mantener organizadas las historias clínicas de acuerdo al Manual y | Proyecto la logistica requierida para brindar cuidado integral al paciente. | se realiza registro de nota de enfermerias deacuerto al manejo del paciente |
| 10 | Cumplir las normas institucionales de bioseguridad, vigilancia epidemiológica, gestión ambiental, salud ocupacional y demás políticas Institucionales. | Oriento a los pacientes y familiares según sus necesidades | se diligencia formato educacion al paciente y familiar y se deja soporte en historia clinica |
| 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 recibidos |
| 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 con medidas de bioseguridad |
| 13 | Asistir a reuniones y capacitaciones programadas por la entidad. | | se firma 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 paraclínicos 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 con medidas de bioseguridad y se deja evidencia en nota de enfermerias |

**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

**Firma del Contratista**

**C.C.** 1.033.780.357 **de** BOGOTA D.C

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

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

soi | Bancoomeva

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1033780357 |
| NOMBRE Ó RAZON SOCIAL: | | | CAROLINA FAJARDO LUGO |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BOGOTA DISTRITO CAPITAL | DEPARTAMENTO: | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL |
| DIRECCIÓN: | CALLE 71 C 21 39 SUR | TELÉFONO: | 8888888 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Otros trabajos de edición |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA | | | |
|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | 4342201715 | TIPO DE PLANILLA: | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES junio AÑO 2020 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES junio AÑO 2020 |
| DÍAS DE MORA: | 0 | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2020/07/09 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 9991036090 |

**TOTAL APORTES A PENSIÓN**

| CÓDIGO | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230301 | 230301-PORVENIR | 1 | $ 140.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 140.500 | $ 0 | $ 140.500 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | $ 140.500 | $ 0 | $ 140.500 |

**TOTAL APORTES A SALUD**

| CÓDIGO | 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 UPC | MORA COTIZACIÓN | MORA UPC | TOTALES APORTES | TOTALES MORA | TOTALES DESCUENTO | TOTALES VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS002 | EPS002-SALUD TOTAL | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 109.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 109.800 | $ 0 | $ 0 | $ 109.800 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | | | | $ 109.800 | $ 0 | $ 0 | $ 109.800 |

**TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES**

| CÓDIGO | NOMBRE | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP NÚMERO 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 14-7 | 14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A. | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 21.400 | $ 21.400 | $ 0 | $ 0 | $ 21.400 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | $ 21.400 | $ 0 | $ 0 | $ 21.400 |

**DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES**

| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | 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 | CC 1033780357 | FAJARDO LUGO CAROLINA | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE | | $ 877.803 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES — SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN**

| ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230301-PORVENIR | 30 | $ 877.803 | $ 140.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 140.500 |

**SALUD**

| ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | Vr UPC | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|
| EPS002-SALUD TOTAL | 30 | $ 877.803 | $ 109.800 | $ 0 | $ 109.800 |

**ARP**

| ADMIN | DIAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|
| 14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A. | 30 | $ 877.803 | 103378035 | $ 21.400 |

**PARAFISCALES**

| DIAS COT | IBC | CCF ADMIN | CCF TOTAL APORTE | SENA TOTAL APORTE | ICBF TOTAL APORTE | ESAP TOTAL APORTE | MINEDU TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| TOTAL | $ 271.700 |
|---|---|

Planilla Pagada

2020/07/09 11:46 USUARIO: SOI LRICO



Au/ 180hs