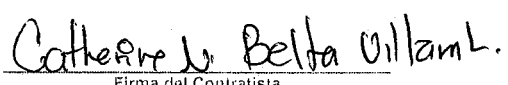


2105

e Realiza la asignación de pacientes y actividades a cada uno de los auxiliares a cargo dependiendo de la complejidad de los pacientes.

por el Secretario 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: 01 FECHA: 2017-07-07
---	--	--

1	Participar activamente en el sistema de vigilancia epidemiológica mediante la notificación oportuna de informes de los casos o posibles brotes infecciosos para toma de conductas que prevengan la presencia o proliferación de infecciones en los servicios.	Participa activamente en sistema de vigilancia epidemiológica notificando oportunamente los casos de infecciones y realizando los aislamientos necesarios
5	Supervisa las actividades de procedimientos en su servicio y aplique medidas correctivas que garanticen la calidad del servicio.	Supervisa las actividades que se realizan en su servicio aplicando los correctivos necesarios que garanticen la calidad en la prestación del servicio
6	Responder por los inventarios conservación y uso adecuado de los equipos, insumos e insumos entregados en el servicio.	Participa en el cuidado y custodia de los equipos e insumos del servicio
7	Realizar la asignación oportuna de camas para los pacientes que lo requieran, realizando los traslados necesarios para tal fin de forma oportuna, colaborando con el giro de cama.	Realiza asignación oportuna de las camas para los pacientes que así lo ameritan y adicionalmente realiza los traslados necesarios para tal fin
8	Participar en el recibo y entrega de turno de forma cumplida, oportuna, reportando las novedades presentadas por cada paciente asignado y novedades en equipos e insumos del servicio.	Participa en el recibo y entrega de turno de forma oportuna reportando las novedades que se generen durante su turno con los usuarios y con los equipos e insumos.
9	Asistir a las reuniones de grupo funcional y capacitaciones programadas por la institución.	Asiste a reuniones y capacitaciones que se programan por Coordinación de Enfermería y por la Institución
10	Realizar de forma oportuna exámenes de laboratorio, de radiología, exámenes de imagenología y exámenes que requieran los pacientes a cargo.	Realiza oportunamente los exámenes de laboratorio, radiología y exámenes especiales y remisiones que requieran los pacientes a cargo
11	Dar cumplimiento a la resolución 1995 y al manual de manejo de Historia Clínica establecido en la institución.	Da cumplimiento a la resolución 1995/199 y al manual de manejo de historias clínicas
12	Dar cumplimiento a guías y protocolos establecidos por la institución.	Da cumplimiento a guías y protocolos de la institución

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 última cuenta de cobro.	C. 52.907.255 de BOGOTÁ

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	GLORIA MARCELA PINILLA PINILLA
CARGO:	Enfermera
FIRMA:	

DATOS DEL APORTANTE									
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	BOLETERADO PAGO PARAFISCABLES Y SALUD			
CC	52907255	CATHERINE NAVIBE BELTRAN VILLAMIL	CRA 13A NO 28C-64 SUR	4951709	CATHERINE.NAVIBE@HOTMAIL.ES				
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CUIDAD / MUNICIPIO				
UNICA	1 - Independiente			BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.	N.C.			

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAMES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	UPC
2020-04	2020-04	PERIODO PENSIONES		41858771	1	0
2020-04	2020-04					5458.900

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD									
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor	
EPS008	Compensar EPS	86006942-7	174.100	0		0		0	1

TOTALES PENSIÓN									
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Subsistencia	Aporte FSP - Cotización	Valor Mora Cotización	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	222.900	0	0	0	0	0	1

TOTALES RIESGOS LABORALES									
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros	Valor Mora Cotización	Días Mora	No. Afiliados
14-25	Riesgos prof Calmena	800226175-3	34.000	No. Autorización	Valor	Sistemas	34.000	0	1

TOTALES CAJAS									
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados		
CCF24	Compensar Caja	86006942-7	27.900	0	0	27.900	1		

TOTALES PARAFISCABLES									
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados					
0	0	0	0	0	SENA				
0	0	0	0	0	ICBF				
0	0	0	0	0	ESAP				
					MEN				
					TOTAL				
					TOTAL				

TOTALES POR SUBSISTEMA									
Tipo Administradora	No. Administradores Reportados	Valor antes de IGA, RRP y Mora	Total a Pagar	No. Afiliados					
Salud	1	174.100	174.100	1					
Pensión	1	222.900	222.900	1					
Riesgos Laborales	1	34.000	34.000	1					
CCF	1	27.900	27.900	1					
ESAP	0	0	0	0					
ICBF	0	0	0	0					
MEN	0	0	0	0					
SENA	0	0	0	0					
TOTALES	4	458.900	458.900	4					

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCAL Y SALUD
CC	53007255	CATHERINE NAYIBE BELTRAN VILLAMIL	CRA 13A NO 28C 64 SUR	46855792	CATHERINENAYIBE@OTMAIL.ES	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CUIDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA					CANTIDAD	
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (BUSINESS DAY)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAS/SEMANA)	NÚMERO PLANILLA	EMPLEADOS	UPC
						0
					TOTAL A PAGAR	
2020-04	2020-04	1		41898971	\$548 900	

ETALLE POR COTIZANTE

[illegible]