SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTION DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSION: 01
FECHA: 2017-07-07

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: OPS 2757 2020 | C.D.P. No: 10 | Proceso al que pertenece: HOSPITALIZACION – URGENCIAS | Unidad a la que pertenece: UPSS JORGE ELIECER GAITAN

Nombre del Contratista: SANDRA MARITZA GALVIS | C.C. 60.366.654 | de: CUCUTA

Fecha Inicio: 2020-07-01 | Fecha Terminación Inicial: 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				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	FEBRERO	$ 1.620.360	$ 289.300	8340540532
2	marzo	$ 1.620.360	$ 289.300	8341222803
3	abril	$ 1.620.360	$ 289.300	41613990
4				
5				
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
10.370.304	$ 10.370.304	$ 4.861.080	$ 5.509.224

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

OBJETO DEL CONTRATO

Prestar los servicios técnicos de ENFERMERIA para la ejecución de actividades asistenciales en los diferentes servicios de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente

Relación de actividades para el periodo: Desde: 2020-04-01 Hasta 2020-04-30

	OBLIGACIONES ESPECIFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCION DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	Prestar el servicio de conformidad con la programacion de agenda acordada con el supervisor del contrato, para el desarrollo de sus actividades.	Presto el servicio de conformidad con la programacion de agenda acordada con el supervisor del contrato, para el desarrollo de mis actividades.
2	Controlar los signos vitales de cada uno de los pacientes asignados con la periodicidad requerida según orden médico y de la Enfermera, informando al medico y enfermera las alteraciones encontradas y registrándolos en la historia clinica digital	Controlo los signos vitales de cada uno de los pacientes asignados con la periodicidad requerida según orden médica y de la Enfermera, registrando a las 20HORAS, 00 HORAS ,05HORAS
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.	Apoyo a los pacientes en la explicación y la preparación de los procedimiento a realizar según requerimiento necesario.
4	Realizar actividades propias del cuidado de enfermería previniendo acciones inseguras en la prestación de servicios de salud.	Informo a la enfermera jefe del servicio y médico tratante, sobre los cambios del estado clinico de los pacientes en forma oportuna y adecuada.
5	Notificar inmediatamente las acciones inseguras ocurridos a sus pacientes al médico de turno, jefe inmediato y en el aplicativo dispuesto para ello.	Notifico los sucesos de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio
6	Informar a la enfermera jefe del servicio y médico tratante, sobre los cambios del estado clinico de los pacientes en forma oportuna y adecuada.	Informo a la enfermera jefe del servicio y médico tratante, sobre los cambios del estado clinico de los pacientes en forma oportuna y adecuada.
7	Revisar la Historia clinica de los pacientes asignados conociendo su evolución diaria, tratamiento, para realizar el plan de cuidado de enfermería integral del paciente.	Realizo a cada paciente los procedimientos ordenados por el médico tratante según competencia.
8	Mantener limpio y ordenado la unidad de los pacientes asignados durante el turno.	Mantengo limpio y ordenado la unidad de los pacientes asignados durante el turno.
9	Realizar registros clinicos en forma oportuna, diligenciando todas las casillas correctamente y dando cumplimiento a la resolución 1995/1999	Realizo los registros clinicos a cada paciente de forma oportuna dando cumplimiento a la resolución.
10	Cumplir las normas institucionales de bioseguridad, vigilancia epidemiológica, gestión ambiental, salud ocupacional y demás políticas institucionales.	Respondo por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas
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.	Respondo por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas
12	Cumplir con los procesos, procedimientos, guias y demas normas definidas por la entidad, de conformidad con el objeto del contrato.	Cumplo con los procesos, procedimientos, guias y demas normas definidas por la entidad, de conformidad con el objeto del contrato.
13	Aplicar, acatar y cumplir con los procesos, procedimientos, guías y demás normas definidas por la entidad, de conformidad con el objeto del contrato.	Conozco y doy cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Entidad, además de apoyar la implementación de los mismos
	Asistir a reuniones y capacitaciones programadas por la entidad.	Asistir a reuniones y capacitaciones programadas por la entidad.
15	Realizar desinfección de la unidad de cada paciente, según protocolo de la institución, para permitir la asignación de cama a los pacientes que lo requieran	Realizo desinfección de la unidad de cada paciente, según protocolo de la institución, para permitir la asignación de cama a los pacientes que lo requieran
16	Realizar la toma oportuna de las muestras de laboratorio que requieran los pacientes con el fin de agilizar el tratamiento.	Realizo la toma de laboratorios ordenados según protocolo de la institución, agilizando tratamiento del paciente.

Escaneado con CamScanner

17	Asiste en la alimentación a los pacientes asignados conservando las precauciones establecidas según el caso.	Doy cumplimiento de cuidado de paciente en asistencia alimenticia
18	Realizar el control de líquidos administrados y eliminados registrando en forma oportuna y adecuada los resultados.	realizo oportunamente el registro de liquidos, favoreciendo el diagnóstico del paciente
20	Portar el uniforme de forma adecuada teniendo en cuenta las normas Higiene y seguridad de la subred	Doy cumplimiento a porte de uniforme blanco según las normas normas Higiena y seguridad de la subred
21	Ofrece trato de calidez y calidad al paciente y familia, dando una atención humanizada conservando el respeto por la dignidad humana	brindo calidez y calidad de antencion al paciente y familia. Dando una atencion humanizada conservando el respeto por la dignidad humana.
22	Imparte educación al paciente y a la familia sobre los cuidados específicos a tener en casa de acuerdo a la situación clínica del paciente	brindo educacion sobre cuidado en casa, según se patologia.
23	Mantener la reserva de la información y personal de los pacientes	Doy cumplimiento a las guias y protocolos establecidos por la institución.
24	Participar efectivamente en el desarrollo de las actividades de acreditacion y aplicación de las políticas institucionales.	Doy cumplimiento de protocolos de institucion para tener una buen acreditacion
25	Ejercer las actividades propias de la formación técnica de conformidad con las normas y/o reglamentos de acuerdo al objeto contractual y las necesidades del servicio. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato	Ejerzo la actividades propias de miformacion tecnica como auxiliar de enfermeria de acuerdo a las necesidades de

Observaciones:	Sandra Patricia Murillo G Firma del Contratista
Se anexa certificacion de pago a Salud, pension y ARL. En caso de tener contrato nuevo se debe anexar tambien la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro	C.C. 60.366.654 de CUCUTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	CAROLINA TRUJILLO
CARGO:	ENFERMERA
FIRMA	

Escaneado con CamScanner

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	60366654	SANDRA MANTILLA GALVIS	Cra 52 a # 24 - 69 inte 13 piso 2	3142931741	sandramantilla2010@yahoo.es	
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	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2020-03	2020-03	I		41613090	$289.300	

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	109.800	0		0		0	0	0	0	109.800	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	140.500	0	0	0	0	0	0		140.500	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	21.400				21.400	0	0	21.400			214	21.400	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	17.600	0	0	17.600	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	109.800	109.800
Pensión	1	140.500	140.500
Riesgos Laborales	1	21.400	21.400
CCF	1	17.600	17.600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	289.300	289.300

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

Escaneado con CamScanner

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	60366654	SANDRA MANTILLA GALVIS	Cra 52 a # 24 - 69 inte 13 piso 2	3142931741	sandramantilla2010@yahoo.es	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
UNICA	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	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2020-03	2020-03	I		41613090	$289.300	

ETALLE 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	60366654	MANTILLA GALVIS SANDRA	59	0			N																	230301	877.803	140.500	0	0	0	0	EPS008	877.803	109.800	14-7	877.803	3	21.400	CCF24	877.803	17.600	0	0	0	0	0

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

Escaneado con CamScanner