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

CODIGO: AP-IA-F-014
VERSIÓN: 01
FECHA: 2017-07-07

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 2748-2020	C.D.P. No:	10
Proceso al que pertenece:	HOSPITALIZACION – URGENCIAS		
Unidad a la que pertenece	USS JORGE ELIECER GAITAN		
Nombre del Contratista:	NIDIA ISABEL CORTES VELASQUEZ	C.C.	52,032,406 de BOGOTA
Fecha Inicio:	2020-02-01	Fecha Terminación Inicial:	2020-07-31
Valor Mensual:	$ 1,620,160	Valor a cobrar:	$ 2,214,492

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	$ 1,944,432	$ 273,300	8340603312
2	MARZO	$ 2,430,540	$ 303,600	81270895 8341000970
3	ABRIL	$ 2,214,492	$ 272,900	8341404021 8341400000
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
10,262,280	10,262,280	$ 6,589,464	$ 3,672,816

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 TECNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERIA, 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: 2020-04-01 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	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 médica 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, 05HORAS
3	Orientar y preparar a los pacientes para exámenes diagnóstico de acuerdo con los protocolos de manejo y tecnologia requerida Según normas establecidas para cada procedimiento	Brindo la explicación y la preparación de los procedimientos a realizar según requerimiento necesario
4	Realizar actividades propias del cuidado de enfermeria 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 enfermeria 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 politicas Institucionales.	Respondo por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas

Escaneado con 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	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	Asistir a reuniones y capacitaciones programadas por la entidad	Asistir a reuniones y capacitaciones programadas por la entidad
14	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
15	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
16	Asistir en la alimentación a los pacientes asignados conservando las precauciones establecidas según el caso.	Doy cumplimiento de cuidado de paciente en asistencia alimenticia
17	Realizar el control de liquidos administrados y eliminados registrando en forma oportuna y adecuada los resultados	realizo oportunamente el registro de liquidos, favoreciendo el diagnóstico del paciente
18	Portar el uniforme de forma adecuada teniendo en cuenta las normas . Higiene y seguirdad de la subred	Doy cumplimiento a porte de uniforme blanco según las normas normas . Higiene y seguirdad de la subred
19	Ofrecer trato de calidez y calidad al paciente y familia, dando una atencion 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.
20	Impartir educacion al paciente y ala familia sobre los cuidados especificos a tener en casa dea cuerdo ala situacion clinica del paciente	brindo educacion sobre cuidado en casa según la patologia
21	Mantener la reserva de la información clinica y personal de los pacientes	No divulgo la información clinica y personal de los pacientes
22	Ejercer las actividades propias de la formacion tecnica 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 del servicio

Observaciones:

SE REALIZAN 36 HORAS EXTRAS PARA EL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA POR NECESIDADES EL SERVICIO.

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

Nadia Cortes U.

Firma del Contratista

C.C. 52,032,406 de BOGOTÁ

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

Escaneado con CamScanner

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): NIDIA ISABEL CORTES VELASQUEZ
No. Identificación: CC52032406
Dirección: CALLE 12B NO.5 -20
Telefono: 3182884565
Correo: nidiacove@hotmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8341404921

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	NIDIA ISABEL CORTES VELASQUEZ
Tipo y número de identificación	CC52032406
Número de planilla	8341404921
Fecha pago	2020-04-08
Número de autorización pago	1000000592
Banco	1001

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	marzo de 2020
Periodo de Cotización Pensión	marzo de 2020
Número de Administradoras	3
Total Pagado	272900
Total Intereses de Mora	1200

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	21500	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	141100	1
EPS008	Compensar EPS	110300	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 52032406
APELLIDOS Y NOMBRES: NIDIA ISABEL CORTES VELASQUEZ

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	25-14	877803	877803	877803	0	109800	0	140500	0	21400	0

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	52032406	NIDIA ISABEL CORTES VELASQUEZ	CALLE 12b No 5 -20	3182884565	nidiacove@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	UPC
41270695	11/03/2020				1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2020-02	2020-02	N	25/03/2020	834184978	$30 100	

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	11 900	0		0		0	22	200	0	12 100	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	15 200	0	0	0	0	22	300	0	15 500	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	2 400				2 400	22	100	2 500			24	2 500	1

TOTALES CAJAS						
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

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 IOE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	11 900	12 100
Pensión	1	15 200	15 500
Riesgos Laborales	1	2 400	2 500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	29 500	30 100

PLANILLA 834184978

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	NUMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52032408	NIDIA ISABEL CORTES VELASQUEZ	CALLE 12b No 6 -30	3182884565	nidiacave@hotmail.com	
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)	NUMERO PLANILLA	CANTIDAD	
41270890	11/03/2020				EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2020-02	2020-02	N	25/03/2020	834149478	TOTAL A PAGAR	
					$30.100	

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Depto	Mpio	Zona	Clase Trabajador	Cotizante														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	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC	52032408	CORTES VELASQUEZ NIDIA ISABEL	57	0	U	0															25-14	973.000	155.700	0	0	0	0	EPS004	973.000	121.700	14-1	973.000	3	23.800		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Escaneado con CamScanner