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: 01
FECHA: 2017-07-07

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 2756-2020	C.D.P. No:	11
Proceso al que pertenece:	HOSPITALIZACION – URGENCIAS		
Unidad a la que pertenece:	USS JORGE ELIECER GAITAN		
Nombre del Contratista:	BERTHA JOHANA CICUAMIARICO	C.C.	52.897.772 de: BOGOTA
Fecha Inicio:	2020-02-01	Fecha Terminación incial:	2020-07-31
Valor Mensual:	$ 1.620.360	Valor a cobrar:	$ 1.728.384

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	$ 271.700	8340433869
2	MARZO	$ 1.620.360	$ 271.700	8341056304
3	ABRIL	$ 1.620.360	$ 271.700	8341819093
4	MAYO	$ 1.728.384	$ 157.600	8342410226
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	$ 6.589.464	$ 3.780.840

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: 2020-05-01 Hasta: 2020-05-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS(Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCION DEL DESARROLLOACTIVIDADES 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 clínica digital	Controlo los signos vitales de cada uno de los pacientes asignados con la periodicidad requerida segun 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.	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 clínico 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 clínico de los pacientes en forma oportuna y adecuada.	Informo a la enfermera jefe del servicio y médico tratante, sobre los cambios del estado clínico de los pacientes en forma oportuna y adecuada.
7	Revisar la Historia clínica 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.

Escaneado con CamScanner

9	Realizar registros clínicos en forma oportuna, diligenciando todas las casillas correctamente y dando cumplimiento a la resolución 1995/1999	Realizo los registros clínicos 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 e 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 asignació 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:

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 primera cuenta de cobro

C.C. 52.897.772 de BOGOTÁ

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	52897772	BERTHA JOHANNA CICUAMIA RICO	CR 3 No 5 07 CS BR ROSIO	6630100	johannacicuamia2304@gmail.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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2020-04	2020-04	I	08/05/2020	42410226	$157,600	

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	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	26,400	0	0	0	0	0	0		26,400	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

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	26,400	26,400
Riesgos Laborales	1	21,400	21,400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	157,600	157,600

PAGADA 42410226

...rte está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Escaneado con CamScanner

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52897772	BERTHA JOHANNA CICUAMIA RICO	CR 3 No 5 07 CS BR ROSIO	6630100	johannacicuamia2304@gmail.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
2020-04	2020-04	I	08/05/2020	42410226	$157.600

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiza en exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCION	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	52897772	CICUAMIA RICO BERTHA JOHANNA	59	0			N																	230301	877.803	26.400	0	0	0	0	EPS008	877.803	109.800	14-7	877.803	3	21.400		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Escaneado con CamScanner