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**

## 1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. CONTRATO - OPS:** | PS 2700 2020 | **C.D.P. No.:** | 11 | **Proceso al que pertenece:** | PROCESO ESTERILIZACIÒN |
| | | | | **Unidad a la que pertenece:** | MATERNO INFANTIL |

**Nombre del Contratista:** KAROLL JANNINY HERNANDEZ GAVIRIA **C.C.** 1 067 945 196 **de:** BOGOTA

**Fecha Inicio:** 2020-02-01 **Fecha Terminación incial:** 2020-07-31 **Valor Mensual:** $ 1 620 360 **Valor a cobrar:** $ 1 620 360

| ADICIÓN/ OTROSI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| N° CTA | MES DE CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR | VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL | NÚMERO DE PLANILLA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | FEBRERO | $ 1 620 360 | $ 271 700 | 40314816 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

**Resumen de contrato**

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 10.046.232 | $ 10.046.232 | $ 1.620.360 | $ 8.425.872 |

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

**OBJETO DEL CONTRATO**

Prestar sus servicios personales de apoyo, en su condición de técnico en auxiliar de enfermeria para la ejecución de actividades asistenciales en el servicio de esterilización conforme a las necesidades de la Subred Integrada De Servicios De Salud Centro Oriente E S E

**Relación de actividades para el periodo:** **Desde:** 2020-02-01 **Hasta:** 31/02/2020

| | OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta) | DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN |
|---|---|---|
| 1 | Recibir y entregar el turno dentro del horario establecido verificando que el area este limpia y ordenada | Recibe y entrega el turno dentro del horario establecido verificando que el area este limpia y ordenada |
| 2 | Apoyar los procesos de recibir, clasificar, preparar, esterilizar, almacenar y distribuir el material verificando la custodia del material esteril en su traslado especifico a los servios asistenciales, | Apoya los procesos de recibir, clasificar, preparar, esterilizar, almacenar y distribuir el material verificando la custodia del material esteril en su traslado especifico a los servios asistenciales, |
| 3 | Conocer, cumplir y tener el entrenamiento necesario en el manejo de equipos de limpieza y esterilizacion y dispositivos medicos automatizados | Conoce, cumple y tiene el entrenamiento necesario en el manejo de equipos de limpieza y esterilizacion y dispositivos medicos automatizados |
| 4 | Revisar bajo inventario que el Instrumental Quirurgico se encuentre completo y demas dispositivos medicos, responder los elementos que se dañen por mal uso o desconocimiento de su uso en las | Revisa bajo inventario que el Instrumental Quirurgico se encuentra completo y demas dispositivos medicos, responde los elementos que se dañan por mal uso o desconocimiento de su uso en las actividades asignadas |
| 5 | Responder por los inventarios, conservacion y uso adecuado de los equipos, elementos e insumos y recibir prendas de ropa quirurgica para la elaboracion de paquetes y realizar su registro | Responde por los inventarios, conservacion y uso adecuado de los equipos, elementos e insumos y recibe prendas de ropa quirurgica y elabora paquetes y realiza su registro |
| 6 | Diligenciar en forma adecuada cada uno de los formatos establecidos y realizar el registro y lectura a diario de termohidrometria del servicio | Diligencia en forma adecuada cada uno de los formatos establecidos y realiza el registro y lectura a diario de termohidrometria del servicio |
| 7 | Realizar las tareas de autoclaves de Esterilización en cuanto acomodación de la cargas en la cámara, colocación diaria de test Bowie Dick y el monitoreo del proceso de validación de cada carga y registro en los formatos correspondientes | Realiza las tareas de autoclaves de Esterilización en cuanto acomodación de la cargas en la cámara, colocación diaria de test Bowie Dick y el monitoreo del proceso de validación de cada carga y registra en los formatos correspondientes |
| 8 | Dar cumplimiento con lo establecido en las normas y protocolos de la institución en cuanto a portar el uniforme adecuado y elementos de mproteccion | Da cumplimiento con lo establecido en las normas y protocolos de la institución en cuanto porta el uniforme adecuado y elementos de mproteccion |
| 9 | Dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la entidad y apoyar la implementacion de los mismos y aciones de mejora para el servicio | Da cumplimiento a los procedimientos establecidos por la entidad y apoya la implementacion de los mismos y aciones de mejora para el servicio |
| 10 | apoyar el cumplimiento obligatorio de garantia de calidad segun el requerimiento de la normatividad vigente, asistir a jornadas de capacitaciones, reuniones y eventos que se presenten en el servicio | apoya el cumplimiento obligatorio de garantia de calidad según el requerimiento de la normatividad vigente, asiste a jornadas de capacitaciones, reuniones y eventos que se presenten en el servicio |

**OBSERVACIONES:**

Karoll Hernandez

**Firma del Contratista**

Se anexa certificación de pago a Salud, pension y ARL
En caso de tener contrato nuevo se debe anexar también la certificacion bancaria con la primera cuenta de cobro

C.C. 1 067 945 196 **de** BOGOTA

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS | |
|---|---|
| **NOMBRE:** | LORNA ANGELA SUAREZ VALDERRAMA |
| **CARGO:** | INSTRUMENTADORA QUIRURGICA |
| **FIRMA** | |

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 | 1067945196 | KAROLL JANNINY HERNANDEZ GAVIRIA | cll132d 148d 1 | 3008801317 | karoll05@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 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | 1 | 0 |
| | | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2020-01 | 2020-01 | I | | 40314816 | $271.700 | |

## 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 25-14 | Colpensiones | 900336004-7 | 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 | | | | | | | | | | |
| 14-11 | ARL SURA | 890903790-5 | 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 | 140.500 | 140.500 |
| 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 | 271.700 | 271.700 |

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