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: 02**
**FECHA: 2020-05-04**

192

## 1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. CONTRATO - OPS:** | PS 1824 2020 | **C.D.P. No.:** | 11 | **Proceso al que pertenece:** | MEDIANA COMPLEJIDAD ASISTENCIAL |
| | | | | **Unidad a la que pertenece:** | SAN BLAS |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombre del Contratista:** | JASMIN ALEJANDRA TONCON LEAL | **C.C.** | 1.026.302.269 | **de:** | BOGOTA |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Fecha Inicio:** | 2020-01-02 | **Fecha Terminación Inicial:** | 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 | $ 972.216 | 2221 | 2020-07-31 | 2020-08-31 |
| 2 | $ 1.890.420 | 2714 | 2020-08-19 | 2020-08-31 |
| 3 | $ 2.186.124 | 2870 | 2020-09-01 | 2020-09-30 |
| 4 | $ 2.592.048 | 3231 | 2020-10-01 | 2020-10-31 |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |

| Nº CTA | MES DE CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR | VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL | NÚMERO DE PLANILLA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | FEBRERO | $ 1.566.348 | $ 271.700 | 9402184029 |
| 2 | MARZO | $ 1.890.420 | $ 271.700 | 8341217276 |
| 3 | ABRIL | $ 1.620.360 | $ 271.700 | 8341807065 |
| 4 | MAYO | $ 1.674.372 | $ 271.700 | 8342003804 |
| 5 | JUNIO | $ 1.620.360 | $ 157.600 | 8342700776 |
| 6 | JULIO | $ 2.430.540 | $ 271.700 | 8344018447 |
| 7 | AGOSTO | $ 2.118.192 | $ 298.300 | 8344681481 |
| 8 | SEPTIEMBRE | $ 2.310.000 | $ 271.700 | 8344786160 |
| 9 | OCTUBRE | $ 1.728.384 | $ 271.700 | 8345443812 |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |

**Resumen de contrato**

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 11.504.556 | $ 19.145.364 | $ 16.958.976 | $ 2.186.388 |

## 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 AUTOMA EN SU CONDICION DE TECNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA LA EJECUCION DE ACTIVIDADES ASISTENCIAL EN LOS PROCESOS DE GESTION HOSPITALARIA, URGENCIAS Y QUIRURGICOS. CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD E.S.E

**Relación de actividades para el periodo:** **Desde:** 2020/10/01 **Hasta:** 2020/10/31

| | OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta) | DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO | |
|---|---|---|---|
| | | ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERÍODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
| 1 | PRESTAR EL SERVICIO DE CONFORMIDAD CON LA PROGRAMACION DE AGENDA ACORDADA CON EL SUPERVISOR DEL CONTRATO, PARA EL DESARROLLO DE SUS ACTIVIDADES | SE CUMPLE CON LA PROGRAMACION ACORDADA | REGISTRO EN LIBROS Y FORMATOS CORRESPONDIENTES |
| 2 | CONTROLAR LOS SIGNOS VITALES DE CADA UNO DE LOS PACIENTES ASIGNADOS CON LA PERIODICIDAD REQUERIDA SEGÚN ORDEN MEDICA, ORDEN DE ENFERMERIA Y PROTOCOLO INSTITUCIONAL INFORMANDO AL MEDICO Y ENFERMERA LAS ALTERACIONES ENCONTRADAS Y REGISTRANDOLAS EN LA HISTORIA CLINICA DIGITAL | SE REALIZA EL CONTROL DE SIGNOS VITALES DE LOS PACIENTES SEGÚN ORDEN MEDICA | SE REALIZA REGISTRO EN FORMATO CORRESPONDIENTE |
| 3 | ORIENTAR Y PREPARAR LOS PACIENTES PARA EXAMENES DIAGNOSTICO DE ACUERDO CON LOS PROTOCOLOS DE MANEJO Y TECNOLOGIA REQUERIDA SEGÚN NORMAS ESTABLECIDAS PARA CADA PROCEDIMIENTO | SE PARTICIPA EN LA PREPARACIÓN DE LOS PACIENTES A CARGO PARA EXÁMENES DIAGNOSTICOS DE ACUERDO CON LO REQUERIDO POR CADA PROCEDIMIENTO. | LISTA DE CHEQUEO SEGÚN FORMATO |
| 4 | REALIZAR ACTIVIDADES PROPIAS DEL CUIDADO DE ENFERMERIA PREVINIENDO ACCIONES INSEGURAS EN LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD | SE APLICAN LAS MEDIDAS NECESARIAS PARA PREVENIR LOS EVENTOS ADVERSOS COMO SON LAS BARRERAS DE SEGURIDAD IMPLEMENTADAS EN LA INSTITUCION | SOCIALIZACIÓN SOBRE IMPORTANCIA DE MANILA DE IDENTIFICACIÓN CORRECTA, BARANDAS DE SEGURIDAD ELEVADAS |
| 5 | NOTIFICAR INMEDIATAMENTE LAS ACCIONES INSEGURAS OCURRIDAS A SUS PACIENTES AL MEDICO DE TURNO , JEFE INMEDIATO Y EN EL SISTEMA DE REPORTE | SE REALIZA NOTIFICACIÓN DE EVENTOS OCURRIDOS MEDIANTE LOS DIFERENTES MEDIOS PARA ELLO | REGISTRO EN EL SISTEMA DE INTRANET, Y REGISTRO DE ENFERMERÍA. |
| 6 | INFORMAR A A LA ENFERMERA JEFE DEL SERVICIO Y AL MEDICO TRATANTE , SOBRE LOS CAMBIOS DEL ESTADO CLINICO DE LOS PACIENTES EN FORMA OPORTUNA Y ADECUADA. | INFORMO AL MÉDICO Y ENFERMERA TODO CAMBIO EN EL ESTADO CLÍNICO DE LOS PACIENTES DE FORMA OPORTUNA. | REGISTRO EN NOTAS DE ENFERMERÍA, FORMATO CORRESPONDIENTE. |
| 7 | REVISAR LA HISTORIA CLINICA DE LOS PACIENTES ASIGNADOS CONOCIENDO SU EVOLUCION DIARIA, TRATAMIENTO, PARA REALIZAR EL PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERIA INTEGRAL DEL PACIENTE. | SE REVISA LA HISTORIA CLÍNICA DE LOS PACIENTES ASIGNADOS REALIZANDO EL PLAN DE CUIDADOS DE ACUERDO CON EL ESTADO DE LOS MISMOS. | VERIFICACIÓN DE EVOLUCIÓN MEDICA DIARIA. |
| 8 | MANTENER LIMPIO Y ORDENADO LA UNIDAD DE LOS PACIENTES ASIGNADOS DURANTE EL TURNO | MANTENGO EL ORDEN LA UNIDAD DE LOS PACIENTES A CARGO DURANTE EL TURNO. | REGISTRO EN FORMATO DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN |
| 9 | REALIZAR REGISTROS CLINICOS EN FORMA OPORTUNA , DILIGENCIANDO TODAS LAS VARIABLES CORRECTAMENTE Y DANDO CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCION 1995 DE 1999 Y MANTENER ORGANIZADAS LAS HISTORIAS CLINICAS DE ACUERDO AL MANUAL Y NORMATIVIDAD VIGENTE DE LA ENTIDAD. | REALIZO LOS REGISTROS CLÍNICOS DE ACUERDO CON LA RESOLUCIÓN 1995/1999. | REGISTRO EN PLATAFORMA DINAMICA. |
| 10 | CUMPLIR LAS NORMAS INSTITUCIONALES DE BIOSEGURIDAD,VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA,GESTION AMBIENTAL, SALUD OCUPACIONAL Y DEMAS POLITICAS INSTITUCIONALES | CUMPLO CON LAS NORMAS INSTITUCIONALES | UTILIZACIÓN DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL |
| 11 | RESPONDER POR LOS INVENTARIOS , CONSERVACION Y USO ADECUADO DE LOS EQUIPOS, ELEMENTOS E INSUMOS, AL IGUAL QUE EL CUIDADO DE LA INFRAESTRUCTURA DEL SERVICIO Y/O AREA DONDE SE ENCUENTRE DESARROLLANDO LAS ACTIVIDADES. | REALIZA EL CUIDADO Y LA CUSTODIA DE LOS EQUIPOS, ELEMENTOS E INSUMOS DEL SERVICIO ASIGNADO. | REGISTRO EN LIBROS DE INVENTARIO, ENTREGAS DE TURNO |
| 12 | CUMPLIR CON LOS PROCESOS, PROCEDIMIENTOS,GUIAS Y DEMAS NORMAS DEFINIDAS POR LA ENTIDAD, DE CONFORMIDAD CON EL OBJETO DEL CONTRATO. | SE CUMPLEN CON EL OBJETO DEL CONTRATO | ELABORACIÓN DE ACTIVIDADES ESTIPULADAS EN LA NORMATIVIDAD ESTABLECIDA |
| 13 | ASISTIR A REUNIONES Y CAPACITACIONES PROGRAMADAS POR LA ENTIDAD. | ASISTO A LAS REUNIONES DE GRUPO FUNCIONAL Y CAPACITACIONES QUE SE PROGRAMAN POR LA INSTITUCIÓN. | FIRMA EN LISTADO DE ASISTENCIA Y CAPACITACIONES |
| 14 | REALIZAR LA DESINFECCION DE MANERA OPORTUNA DE LA UNIDAD DEL PACIENTE DE ACUERDO A LOS PROTOCOLOS INSTITUCIONALES | REALIZO LA DESINFECCIÓN OPORTUNA DE LAS CAMAS. | EVIDENCIO LIMPIEZA ADECUADA Y SE REALIZA REGISTRO EN FORMATO DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN. |
| 15 | REALIZAR LA TOMA OPORTUNA DE LAS MUESTRAS DE LABORATORIO QUE REQUIERAN LOS PACIENTES CON EL FIN DE AGILIZAR EL TRATAMIENTO. | SE REALIZA TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIOS CORRESPONDIENTES A ORDEN MEDICA | VERIFICACIÓN DE PREVIO CONSENTIMIENTO DE ENFERMERÍA Y REGISTRO EN NOTA DE ENFERMERÍA. |
| 16 | ASISTIR EN LA ALIMENTACION A LOS PACIENTES ASIGNADOS CONSERVANDO LAS PRECAUCIONES ESTABLECIDAS SEGUN EL CASO. | ASISTO A LOS PACIENTES EN SUS NECESIDADES ALIMENTARIAS. | ASISTO DIETA Y SE VERIFICA ACEPTACIÓN DE LA MISMA |
| 17 | REALIZAR EL CONTROL DE LIQUIDOS ADMINISTRADOS Y ELIMINADOS REGISTRANDO EN FORMA OPORTUNA Y ADECUADA LOS RESULTADOS DE ACUERDO AL PROTOCOLO INSTITUCIONAL. | REALIZO EL CONTROL DE LÍQUIDOS ADMINISTRADOS Y ELIMINADOS DE FORMA OPORTUNA APLICANDO EL PROTOCOLO INSTITUCIONAL | SE REALIZA REGISTRO EN PLATAFORMA DINAMICA |
| 18 | PORTAR EL UNIFORME TENIENDO EN CUENTA LAS NORMAS DE HIGIENE Y BIOSEGURIDAD DE LA SUBRED. | PORTO MI UNIFORME DE FORMA ADECUADA Y LIMPIEZA | VERIFICACIÓN DE LISTA DE CHEQUEO IMPLEMENTADA POR ENFERMERA DEL DEPARTAMENTO |
| 19 | OFRECER TRATO CON CALIDEZ Y CALIDAD AL PACIENTE Y LA FAMILIA , DANDO UNA ATENCION HUMANIZADA , CONSERVANDO EL RESPETO POR LA DIGNIDAD HUMANA. | BRINDA UN CUIDADO HUMANIZADO A LOS PACIENTES Y A SUS FAMILIAS. | SE REALIZA REGISTRO EN FORMATO DE EDUCACION AL PACIENTE. |
| 20 | IMPARTIR EDUCACION AL PACIENTE Y A LA FAMILIA SOBRE LOS CUIDADOS ESPECIFICOS A TENER EN CASA DE ACUERDO A LA SITUACION CLINICA DEL PACIENTE. | SE BRINDA EDUCACIÓN A LOS PACIENTES Y SUS FAMILIAS DE ACUERDO A CUIDAOS POST OPERATORIOS A SEGUIR | SE ENTREGAN RECOMENDACIONES GENERALES Y SIGNOS DE ALARMA Y SE HACE FIRMAR FORMATO QUE SE ANEXA A HISTORIA CLINICA |
| 21 | MANTENER LA RESERVA DE LA INFORMACION CLINICA Y PERSONAL DE LOS PACIENTES. | SE MANEJA LA CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN DE LOS PACIENTES. | APLICACIÓN DE ETICA DE ENFERMERIA. |
| 22 | EJERCER LAS A CTIVIDADES PROPIAS DE LA FORMACION TECNICA DE CONFORMACION CON LAS NORMAS Y/O REGLAMENTOS DE ACUERDO AL OBJETO CONTRAACTUAL Y LAS NECESIDADES DEL SERVICIO, CONTENIDAS EN EL FORMATO DE NECESIDAD DE PERSONAL QUE HACE PARTE INTEGRAL DEL PRESENTE CONTRATO. | EJERCER DE MANERA ACOROE LAS ACTIVIDADES DEL CONTRATO | REGISTROS EN FORMATOS CORRESPONDIENTES Y ACTIVIDADES PROPIAS DEL SERVICIO. |

**Observaciones:**

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

Jasmin Toncon

**Firma del Contratista**

C.C. 1.026.302.269 de BOGOTA

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS | |
|---|---|
| NOMBRE: | Marcela Martínez |
| CARGO: | |
| FIRMA | |

RUN 28704 - F.U.C.S.

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 | 1026302269 | JASMIN ALEJANDRA TONCON LEAL | | calle 51 a #15 sur | 7598020 | jasminalejandratoncon@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 |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2020-09 | 2020-09 | I | | 45443812 | $271.700 | |

## 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 | Exonerado | 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 | 1026302269 | TONCON LEAL JASMIN ALEJANDRA | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 877.803 | 140.500 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS010 | 877.803 | 109.800 | 14-7 | 877.803 | 3 | 21.400 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

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

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 | 1026302269 | JASMIN ALEJANDRA TONCON LEAL | calle 51 a #15 sur | 7598020 | jasminalejandratoncon@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 |
| 2020-09 | 2020-09 | I | | 45443812 | $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 | | | | | |
| EPS010 | EPS Sura | 800088702-2 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

**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