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

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 668I 2020	**C.D.P. No.:**	3693	**Proceso al que pertenece:**	PROCESO ASISTENCIAL / ENFERMERIA
				Unidad a la que pertenece:	UNIDAD DE SANTA CLARA
Nombre del Contratista:	CARLA TATIANA MOLINA GOMEZ			**C.C.**	1.014.181.301 **de:** BOGOTA
Fecha Inicio:	2020-11-01	**Fecha Terminación incial:**	2020-11-30	**Valor Mensual:**	$ 2.884.746 **Valor a cobrar:** $ 2.884.746

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
8				
9				
10				
11	NOVIEMBRE	$ 2.884.746	$ 382.100	46445216
12				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 2.970.956	$ 2.970.956	$ 2.884.746	$ 86.210

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 CONDICION DE ENFERMERA PARA LA EJECUCION DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LOS PROCESOS DE GESTION HOSPITALARIA , URGENCIAS U QUIRURGICOS ,CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVIOCIOS DE LA SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2020-11-01 **Hasta:** 2020-11-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCION DEL DESARROLLO	
		ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUTO O EVIDENCIA
1	Identificar las infecciones asociadas a la atención en salud.	Informar la evolución clínica, las actividades realizadas y las pendientes, el estado de los equipos, el nivel de existencias de insumos, el inventario del servicio y del carro de paro, los traslados, ingresos, relaciones familia – paciente y demás relacionadas, con el fin de proporcionar al turno entrante la información necesaria para la continuidad del plan	RECIBO Y ENTREGA DE TURNO, SE FIRMA EN EL LIBRO DEL SERVICIO DE CAMILLAS Y SANTA LUCIA
2	Investigar el tipo de infección, agente etiológico, factores de riesgo para iniciar acciones de control, identificar y emitir alertas epidemiológicas para direccionar médidas de control inmediato, documentación de las acciones.	De acuerdo con la patologia, la evolución y las ordenes medicas para definir lo que se debe ejecutar	REALIZAR PLAN DE CUIDADO Y ACTIVIDADES DIARIAS A CADA PACIENTE
3	Participar en la investigación de brotes y efectuar notificación inmediata y obligatoria de infecciones intrahospitalarias en caso de confirmación y ejecución de las intervenciones requeridas.	Distribuir los pacientes y las actividades especificas del servicio que deben desarrollar de acuerdo con el plan de cuidados de cada paciente.	ASIGNAR ACTIVIDADES AL PERSONAL A CARGO
4	Velar por el cumplimiento de la normatividad Institucional, local y nacional respecto a IAAS.	Promover la recuperación del paciente.	TRAMITAR INGRESO Y EGRESO DEL PACIENTE DEL SERVICIO
5	Analizar la información del comportamiento de IAAS junto con Infectología o las especialidades involucradas en el manejo de los casos.	Tener en cuenta las ordenes medicas, la evolución y los reportes diagnósticos para valorar la evolución del paciente y garantizar integralidad en el manejo de información.	REVISION DE HISTORIAS CLINICAS Y ACTUALIZACION DE KARDEX Y TARJETA DE MEDICAMENTOS
6	Participar en la vigilancia del cumplimiento de los protocolos o guías de procedimientos y normas de bioseguridad.	Dejar constancia científica y legal de lo actuado	REGISTRO DE ACTIVIDADES COMO MEDICAMENTOS Y KARDEX
7	Participar en los procesos capacitación para el personal de la institución.	Consolidar la producción de la unidad y las especialidades	ASISTIR A CAPACITACIONES PROGRAMADAS POR LA INSTITUCION SEGÚN PROGRAMACION
8	Asistir a las reuniones mensuales ordinarias y extraordinarias cuando sea necesario.	Asistir a la reuniones mensuales ordinarias y extraordinarias cuando sea necesario.	COORDNIAR TRASLADO DE LOS PACIENTES
9	Realizar el registro y el envío oportuno de los informes solicitados por la Institución u otras Entidades.	Para el desarrollo y formación de recurso humano en salud.	UTILIZAR Y VERIFICAR EL CORRECTO USO DE LOS EPP
10	Notificar los sucesos de calidad que se presenten en el servicio.	Mejoramiento continuo de la calidad de la atención del paciente	REPORTE Y NOTIFICACION DE EVENTOS EN SALUD
11	Participar en los análisis a los que sea convocados	Promover Procesos de mejoramiento continuo	ASISTIR A ESTUDIO DE CASO

12	Acompañar y observar la implementación de las acciones de mejora definidas para los diferentes servicios.	Realizar los pedidos con oportunidad y suficiencia, velar por el uso racional de los mismos	CONTROL Y USO RAIONAL DE LOS INSUMOS
13	Participar en la elaboración y actualización de los manuales de normas procedimientos y protocolos asistenciales del área.	Unificar Criterios en el desarrollo de las actividades	INFORMAR SOBRE EL ESTADO DE SALUD DEL PACIENTE AL MEDICO TRATANTE
14	Mantener la reserva de la información.	Conocer y plantear nuevas alternativas de diagnostico y manejo de los pacientes	ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS SEGÚN LOS 12 CORRECTOS
15	Informar al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de sus obligaciones.	Velar por el seguimiento de las normas de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad	DESINFECCION DE CARRO DE MEDICAMENTOS, INVENTARIO DE CARRO DE PARO
16	Asistir al Comité Institucional y técnico Distrital de infecciones intrahospitalarias.		INFORMAR EN LAENTREGA DE TURNO LOS CAMBIOS, SE DEJA EVIDENCIA EN LIBRO DE RECIBO Y ENTREGA , SE FIRMA EN EL SERVICIO DE CAMILLAS Y SANTA LUCIA

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

Nelcnc Molnc G.
Firma del Contratista

C.C. **1.014.181.301** **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	NINI JOHANNA ALVAREZ RIVERA
CARGO:	ENFERMERA
FIRMA	

Nini Johanna Alvarez R.
Enfermera Profesional
RM 2017125

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	1014181301	CARLA TATIANA MOLINA GOMEZ	CALLE 83 A 116 A 72 CASA 66 CORTIJO	8059346	k.tatiana_19@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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2020-11	2020-11	I	04/11/2020	46445216	$406.800	

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	154.400	0		0		0	0	0	0	154.400	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	197.600	0	0	0	0	0	0		197.600	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	30.100				30.100	0	0	30.100			301	30.100	1

TOTALES CAJAS						
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	24.700	0	0	24.700	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	154.400	154.400
Pensión	1	197.600	197.600
Riesgos Laborales	1	30.100	30.100
CCF	1	24.700	24.700
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	406.800	406.800

PAGADA 46445216