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 3511-202 **C.D.P. No.:** 10 **Proceso al que pertenece:** SERVICIOS DE SALUD DE URGENCIAS Y HOSPITALIZACION BAJA COMPLEJIDAD

**Unidad a la que pertenece:** APH

**Nombre del Contratista:** DIAZ GARCIA LUZ ANGELA **C.C.** 51.905.212 **de:** BOGOTA

**Fecha Inicio:** 2020-02-03 **Fecha Terminación incial:** 2020-07-31 **Valor Mensual:** **Valor a cobrar:** $ 1.980.000

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | $ 648.144 | 1960 | 2020-08-01 | 2020-08-31 |
| 2 | $ 1.464.120 | 2703 | 2020-09-01 | 2020-09-30 |
| 3 | $ 2.279.568 | | 2020-10-01 | 2020-10-31 |
| 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 | $ 1.512.336 | $ 269.000 | 1026444537 |
| 2 | MARZO | $ 1.728.384 | $ 269.000 | 1028212425 |
| 3 | ABRIL | $ 1.620.360 | $ 267.900 | 1028212818 |
| 4 | MAYO | $ 972.216 | $ 267.900 | 1028955768 |
| 5 | JUNIO | $ 1.620.360 | $ 267.900 | 1029601534 |
| 6 | JULIO | $ 1.620.360 | $ 267.900 | 1030464864 |
| 7 | AGOSTO 1-14 | $ 756.168 | $ 267.900 | 1031169220 |
| 8 | AGOSTO 15-31 | $ 924.000 | $ 267.900 | 1031169220 |
| 9 | SEPTIEMBRE | $ 1.980.000 | $ 267.900 | 1031773251 |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |
| 14 | | | | |
| 15 | | | | |
| 16 | | | | |
| 17 | | | | |
| 18 | | | | |
| 19 | | | | |
| 20 | | | | |
| 21 | | | | |
| 22 | | | | |

**Resumen de contrato**

| VALOR INICIAL DEL | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 10.370.304 | $ 14.762.136 | $ 12.734.184 | $ 2.027.952 |

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

**OBJETO DEL CONTRATO**

PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES, DE MANERA PERSONAL Y AUTONOMA EN SU CONDICIÓN DE AUXILIAR DE ENFERMERIA DE TRANSPORTE ASISTENCIAL MEDICALIZADO EN LA DIRECCION DE URGENCIAS, PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES Y DEMAS ASIGNADAS, CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

**Relación de actividades para el periodo:** **Desde:** 2020-09-01 **Hasta:** 2020-09-30

| | OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta) | DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN |
|---|---|---|
| 1 | VER DOCUMENTO ADJUNTO | VER DOCUMENTO ADJUNTO |
| 2 | | |
| 3 | | |
| 4 | | |
| 5 | | |
| 6 | | |
| 7 | | |
| 8 | | |
| 9 | | |
| 10 | | |
| 11 | | |
| 12 | | |

**Observaciones:**
PLANILLA No 1031773251

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

**Firma del Contratista**

**C.C.** 51.905.212 **de** BOGOTA

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS | |
|---|---|
| NOMBRE: | LUZ GUISELLE LINARES J |
| CARGO: | DIRECTOR TECNICO DE URGENCIAS |
| FIRMA | |

Simple

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2020-09-07, 10:47:51 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1031773251

**Periodo Cotización:** agosto de 2020 **Periodo Servicio:** agosto de 2020 **Referencia pago (PIN):** 8814794600

## PAGADO 07/09/2020

### I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | LUZ ANGELA DIAZ GARCIA | | |
| **Documento** | CC51905212 | **Dirección** | CALLE 27 SUR NO 0011 ESTE |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3108835231 |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO |
| **Ciudad** | BOGOTA D.C. | **Departamento** | BOGOTA D.C. |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | |
| **Total Afiliados** | 1 | **ARP** | NINGUNA ARP |

### II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | RET P | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |
| CC 51905212 | LUZ ANGELA DIAZ GARCIA | 03 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 0 | 30 | (231001) COLFONDOS | $ 877.803 | $ 140.500 | (EPS008) COMPENSAR EPS | $ 877.803 | $ 109.800 | 0,000 | $ 0 | $ 0 | (CCF21) CAFAM | $ 877.803 | $ 17.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 267.900 |

### III.TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 877.803 | $ 877.803 | $ 0 | $ 877.803 | $ 140.500 | $ 109.800 | $ 0 | $ 17.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 267.900 | $ 0 | $ 267.900 |



Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

## ACTIVIDADES Y PRODUCTIVIDAD
## FECHA 1 AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 2020

| # | ACTIVIDADES | CUMPLIMIENTO % |
|---|---|---|
| 1 | Recibir y entregar turno de acuerdo a los protocolos de la entidad | 100% |
| 2 | Controlar los signos vitales de cada uno de los pacientes trasladados dentro de las unidades de la Subred con la periodicidad requerida según condición clínica informando al médico y enfermera las alteraciones encontradas y registrándolos en la historia clínica del traslado | 100% |
| 3 | Orientar a los familiares de los pacientes para exámenes diagnóstico de acuerdo con los protocolos de manejo y tecnología requerida, según normas establecidas para cada procedimiento | 100% |
| 4 | Realizar actividades propias del cuidado de enfermería previniendo acciones inseguras en la prestación de servicios de salud. | 100% |
| 5 | Notificar inmediatamente las acciones inseguras ocurridos a sus pacientes al médico de turno, jefe inmediato y en el aplicativo dispuesto para ello. | 100% |
| 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. | 100% |
| 7 | Realizar la lista de chequeo instaurada en la subred, verificando cumplimiento de requerimiento de los pacientes que van a ser trasladados. | 100% |
| 8 | Mantener limpia y ordenada la ambulancia asignados durante el turno. | 100% |
| 9 | Realizar registros clínicos en forma oportuna, diligenciando todas las casillas correctamente y dando cumplimiento a la resolución 1995/1999, entregando el soporte en un término no mayor a 24 horas en el área correspondiente | 100% |
| 10 | Cumplir las normas institucionales de bioseguridad, vigilancia epidemiológica, gestión ambiental, salud ocupacional y demás políticas Institucionales. | 100% |
| 11 | Responder por los inventarios, conservación y uso adecuado de los equipos, elementos e insumos, al igual que el cuidado de la camilla de la móvil. | 100% |
| 12 | Aplicar, acatar y cumplir con los procesos, procedimientos, guías y demás normas definidas por la entidad, de conformidad con el objeto del contrato. | 100% |
| 13 | Contar con la disposición de asistir a reuniones y capacitaciones programadas por la entidad. | 100% |
| 14 | Realizar la desinfección oportuna de la camilla de acuerdo al protocolo establecido para ello y según patología del paciente. | 100% |
| 15 | Reponer en farmacia los insumos utilizados por el paciente durante el traslado.18. Recibir y entregar al paciente a la enfermera del servicio correspondiente de acuerdo a la unidad de origen y de destino. | 100% |
| 16 | Recibir y entregar al paciente a la enfermera del servicio correspondiente de acuerdo a la unidad de origen y de destino. | 100% |
| 17 | Realizar el control de líquidos administrados y eliminados registrando en forma oportuna y adecuada los resultados. | 100% |
| 18 | Portar el uniforme de forma adecuada teniendo en cuenta las normas de presentación personal. | 100% |
| 19 | Ofrecer trato con calidez y calidad al paciente y la familia, dando una atención humanizada conservando el respeto por la dignidad humana. | 100% |
| 20 | Impartir educación al paciente y a la familia sobre los cuidados específicos a tener en casa de acuerdo a la situación clínica del paciente. | 100% |
| 21 | Mantener la reserva de la información clínica y personal de los pacientes. | 100% |
| 22 | Ejercer las actividades propias de la profesión de conformidad con las normas y/o reglamentos de acuerdo al objeto contractual y las necesidades del servicio. | 100% |
| 23 | Recibir y entregar el turno de acuerdo a lo acordado con el Supervisor y de conformidad al objeto misional de la Entidad. | 100% |
| 24 | Conocer y cumplir la política de seguridad del paciente reportar evento adverso e incidentes datos que servirán para formula acciones de mejoramiento o planes de mejoramiento. | 100% |
| 25 | Utilizar el teléfono institucional para tramite dentro de la SISSCO, propender por el adecuado uso y tener cargado el equipo todo el tiempo. | 100% |
| 26 | cumplir con la respectiva afiliación a la ARL en relación al riego 4 | 100% |
| | **TOTAL** | **100%** |

**FIRMA SUPERVISOR:** Luz Quintero

**FIRMA CONTRATISTA:** Liz Angela Diaz Garcia 1.193.212