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 3516 2020	**C.D.P. No.:**	10	**Proceso al que pertenece:**	URGENCIAS / ASISTENCIAL / AUXILIAR ENFERMERIA AMBULANCIA
				Unidad a la que pertenece:	UMHES SAN BLAS

Nombre del Contratista: JEISSON ARLEY HERNANDEZ CASTILLO **C.C.** 80.912.409 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2020-02-03 **Fecha Terminación Incial:** 2020-07-31 **Valor Mensual:** $ 1.620.360 **Valor a cobrar:** $ 1.620.360

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 0	0	0	0
2	$ 0	0	0	0
3	$ 1.296.288	1960	01/08/2020	31/08/2020
4	$ 1.704.144	2703	01/09/2020	30/09/2020
5	$ 2.088.024	3206	01/10/2020	31/10/2020
6	$ 1.620.360	3443	01/11/2020	30/11/2020
7	$ 3.456.768	3831	01/12/2020	31/01/2021
8	$ 0	0	0	0
9				
10				
11				
12				
13				

N° CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	ENERO	$ 0	-	-
2	FEBRERO	$ 1.512.336	$ 250.300	40574216
3	MARZO	$ 1.728.384	$ 250.300	41225638
4	ABRIL	$ 1.620.360	$ 250.300	41841634
5	MAYO	$ 1.620.360	$ 136.200	42496838
6	JUNIO	$ 1.620.360	$ 136.200	43313726
7	JULIO	$ 1.728.384	$ 250.300	43869978
8	AGOSTO 1-15	$ 756.168	$ 250.300	44601080
9	AGOSTO 16-31	$ 1.056.000	$ 250.300	44601080
10	SEPTIEMBRE	$ 1.980.000	$ 250.300	45333516
11	OCTUBRE	$ 1.728.384	$ 250.300	45984190
12	NOVIEMBRE	$ 1.620.360	$ 250.300	46547870
13	DICIEMBRE	$ 1.620.360	$ 250.300	825329933

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 10.370.304	$ 20.535.888	$ 18.591.456	$ 1.944.432

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 DEMÁS 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:** 2020-12-01 **Hasta:** 2020-12-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la tunsta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO	
		ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	VER DOCUMENTO ADJUNTO	VER DOCUMENTO ADJUNTO	VER DOCUMENTO ADJUNTO
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			

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

JEISSON A HERNÁNDEZ C
Firma del Contratista

C.C. 80.912.409 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	Luz Guiselle Linares Jimenez
CARGO:	Directora Técnico Urgencias
FIRMA	

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 1 DE 1

DATOS GENERALES

TIPO	NUMERO	NOMBRE O RAZON SOCIAL	TIPO PRESENTACION U C S D	SUCURSAL / DEPENDENCIA	CODIGO
CC	80912409-	JEISSON ARLEY HERNANDEZ CASTILLO	X		

PERIODOS DE COTIZACION

SALUD MES	SALUD AÑO	PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF MES	PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF AÑO
2020	11	2020	472386(

NUMERO RADICACION	TIPO EMPRESA	CLASE DE APORTANTE	CODIGO ARL	CODIGO OPERADOR
	PUBLICA / PRIVADA / MIXTA: X	PEQUEÑO / GRANDE / INDEPENDIENTE: X		83

DIRECCION	CIUDAD/MUNICIPIO	CODIGO	DEPARTAMENTO	CODIGO	TELEFONO	FAX	CORREO ELECTRONICO	ACTIVIDAD ECONOMICA	VALOR NOMINA	TOTAL EMPLEADOS	FECHA DE PAGO (aaaa/mm/dd)	No. AUTORIZACION
CALL E40 B SUR 10A 08 ESTE	BOGOTÁ, D.C.	11001	BOGOTÁ D. C.	11	3630662	3630662	jeisson@gmail.com	8511	877.803	1	2020/12/09	825329933

TOTAL APORTES DEL PERIODO A SALUD POR ADMINISTRADORA

COD EPS	NIT EPS	COTIZACION OBLIGATOR	UPC ADICIONAL	INCAPACIDADES No.AUTOR	INCAPACIDADES VALOR	LIC.MATERNIDAD No.AUT	LIC.MATERNIDAD VALOR	NETO COTIZAC	DIAS MORA	INTERESES MORA OBL	INTERESES MORA UPC	SUBTOTAL COTIZACION	SUBTOTAL UPC ADIC.	No. RADIC SALDO A FAVOR	SALDO A FAVOR COTIZ OBLIG	SALDO A FAVOR UPC ADICIONAL	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
EPS017	830003564-7	109,800	0		0		0	109,800	0	0	0	109,800	0		0	0	109,800	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A PENSIONES POR ADMINISTRADORA

COD AFP	NIT AFP	COTIZ OBLIGAT	COTIZ VOL AFILIADO	COTIZ VOL APORTANT	FONDO SOLI PENS	DIAS MORA	INTERES MORA COTIZ	INTERES MORA FONDO	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
231001	800227940-6	140,500	0	0	0	0	0	0	140,500	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A CAJAS POR ADMINISTRADORA

COD CCF	NIT CCF	VALOR APORTE	DIAS MORA	INTERESES MORA	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
CCF21	860013570-3	17,600	0	0	17,600	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A ICBF Y SENA

CONC	VALOR	DIAS MORA	INT MORA	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
ICBF					
1	0	0	0	0	0
SENA					
1	0	0	0	0	0

NUMERO DE ADMINISTRADORAS REPORTADAS

PENSIONES	1
SALUD	1
RIESGOS LABORALES	0
CAJAS DE COMPENSACION	1
OTRAS	0
TOTAL	3

TOTAL APORTES DEL PERIODO A RIESGOS LABORALES

COD ARL	NIT ARL	COTIZ OBLIGAT	INCAPACIDADES No.AUTORIZ	INCAPACIDADES VALOR	APORTES OTROS RIESG	VALOR NETO COTIZACION
DIAS MORA	INTERES MORA COTI	SUBTOTAL APORT COTIZ	No. RADICAC SALDO A FAVOR	SALDO A FAVOR	FONDO SOLIDARIDAD	TOTAL A PAGAR

TOTAL APORTES DEL PERIODO A MIN. EDUCACION

VALOR	DIAS MORA	INT MORA FONDO	TOTAL A PAGAR

TOTAL APORTES DEL PERIODO A ESAP

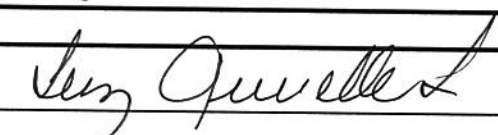
VALOR	DIAS MORA	INT MORA FONDO	TOTAL A PAGAR

TOTAL A PAGAR POR TIPO ADMINISTRADORA	ANTES DE IGE,LMAJRP Y MORA	VALOR TOTAL
PENSIONES	140,500	140,500
SALUD	109,800	109,800
RIESGOS LABORALES	0	0
CCF	17,600	17,600
SENA	0	0
ICBF	0	0
ESAP	0	0
MINISTERIO DE EDUCACION	0	0
GRAN TOTAL	267,900	267,900

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

ACTIVIDADES Y PRODUCTIVIDAD
FECHA 1 AL 31 DE DICIEMBRE 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: 

FIRMA CONTRATISTA: JESSICA A HERNANDEZ C CC: 80912409 B/G