E I

2904

Chircales

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: 2020-05-04

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 8611 2020	C.D.P. No.:	6393	Proceso al que pertenece:	BAJA COMPLEJIDAD ASISTENCIAL
				Unidad a la que pertenece:	CHIRCALES
Nombre del Contratista:	JENNYFER ANDREA MOROY NOY	C.C.	1.024.535.215	de:	BOGOTÁ
Fecha Inicio:	2020-11-01	Fecha Terminación incial:	2020-11-30	Valor Mensual:	$ 4.476.330
Valor a cobrar:	$ 4.476.330				

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 8.952.660	3840	2020-11-18	2021-01-31
2				
3				
4				
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	NOVIEMBRE	$ 3.083.694	$ 381.700	8346562538
2	DICIEMBRE	$ 4.476.330	$ 517.100	8347033749-47196544
3	ENERO	$ 4.476.330	$ 554.100	8347033749-47196544
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 4.177.908	$ 13.130.568	$ 12.036.354	$ 1.094.214

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 ENFERMERA PARA LA EJECUCION DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LOS PROCESOS DE GESTION HOSPITALARIA, URGENCIAS Y QUIRURGICOS, CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Relación de actividades para el periodo: Desde: 2021-01-01 Hasta: 2021-01-31

	OBLIGACIONES ESPECIFICAS (Las relacionadas en la minuta)	DESCRIPCION DEL DESARROLLO	
		ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	EJECUTAR PROCEDIMIENTOS Y CUIDADOS A LOS PACIENTES QUE POR SU ESTADO CRITICO ASI LO REQUIEREN	Cuando llega paciente o alguno de hospitalizacion se complican se brinda un cuidado mas recurso se realizan las actividades de forma rapida y eficiente con el fin de lograr estabilizar.	registro de enfermeria de historia clinica
2	REALIZAR EL PLAN DE CUIDADO DIARIO DE ENFERMERIA DE ACUERDO AL DIAGNOSTICO Y NECESIDADES IDENTIFICADAS.	El plan de cuidado se inicia en el servicio de urgencias de cuardo al diagnostico medico por ejemplo control estrito de signos vitales verificacion y registro de balance de liquidos y drenajes alimentacion curaiesgos en pacientes prevencion de lesiones de la piel manejo adecuado de paciente si es el caso	se deja registro en la notas de la historia clinica y en libro de turno
3	VERIFICAR MEDIDAS PREVENTIVAS DE EVENTOS ADVERSOS E IDENTIFICANDO RIESGOS , GARANTIZANDO LA SEGURIDAD DEL PACIENTE Y REPORTANDO LOS EVENTOS ADVERSOS QUE SE PRESENTEN.	Durante el recibo y entrega de turno se verifican los indicadores de seguridad del paciente, identificacion de acuerdo al riesgo tableros de ldtificacion berandas elevadas formato de riesgo de caida venopuncion y educacion a pacientes y familiares. Escala de braden Q los eventos adversos que se presentan son reportadas en la historia clinica y en el aplicativo de la intraned	verificacion en la historia clinica el diligenciamientos de los formatos de registro de caidas, manillas, tableros, formatos de educacion al paciente o familia , verificacion en aplicativo de
4	ADMINISTRAR MEDICAMENTOS OPORTUNAMENTE Y VERIFICAR EL CUIDADO DIRECTO A LOS PACIENTES DE ACUERDO A LOS PROTOCOLOS Y GUIAS ESTABLECIDAS DEL SERVICIO UTILIZANDO TECNICAS DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA Y NORMAS DE BIOSEGURIDAD E INFORMAR AL MEDICO TRATANTE Y COORDINADORES LA NO EXISTENCIA DE MEDICAMENTOS PARA REALIZAR	se aplica los doce correctos para la administracion del medimentos endovenosos o intramusculares o cualquier via de administracion se corrobora primero en la historia clinica y en la indicacion medica	se realiza nota de enfermeria en la historia clinica, la administracion de medicamento en dinamica
5	APOYAR LA SUPERVISION DE LAS ACTIVIDADES DEL PERSONAL AUXILIAR DE ENFERMERIA Y CAMILLEROS , OBSERVANDO QUE SE REALICEN LOS PROCEDIMIENTOS Y REVISANDO REGISTROS DE ENFERMERIA.	se apoya y supervisa actividades como venopuncion toma de algunos laboratorios , toma de signos vitales asistencia en cuidados como supervicion de limpieza y desinfeccion e inventarios asi como el registro correspondiente en los formatos destinados para tal fin	formato basico diligenciamiento de limpieza y desinfeccion e inventarios registro de las actividades en la historia clinica de cada uno de los pacientes
6	REALIZAR ACTUALIZACION DEL KARDEX Y TARJETAS DE MEDICAMENTOS DE ACUERDO CON LAS NORMAS ESTABLECIDAS EN FORMA ESCRITA Y CADA VEZ QUE SE REQUIERA EL CAMBIO DEL TRATAMIENTO DEL PACIENTE.	en cada turno se realiza revicion de la historia clinica para verificar cambios en el tratamiento medico y de acuerdo a la evolucion del paciente	formato de kardex diligenciado
7	CONTROLAR LOS SUMINISTROS Y EXISTENCIAS DE INSUMOS Y MEDICAMENTOS DE LOS PACIENTES DEL SERVICIO.	en cada entrega de turno y al trasladar un paciente de urgencias a hospitalizacion se realiza verficacion de historia clinica completa	libro de remision e ingresos y egreso del paciente
8	REALIZAR LAS DEVOLUCIONES AL SERVICIO DE FARMACIA DE LOS MEDICAMENTOS E INSUMOS POR PACIENTES ANTES DEL EGRESO Y DIARIAMENTE CUANDO ASI LO AMERITE	la devolucion de medicamentos e insumos atravez de la plataforma dinamica o en el formato de devolucion en caso que no se pueda atravez de la plataforma	verficacion en historia clinica de cada paciente en dinamica
9	REALIZAR EN EL FORMATO CORRESPONDIENTE Y LAS HORAS Y FECHAS ACORDADAS , LOS PEDIDOS DE ELEMENTOS E INSUMOS NECESARIOS PARA LOS PACIENTES EN SU RESPECTIVO SERVICIO	se hace pedido de los respectivos elementos e insumos atravez de dos formas en dinamica o en pedido de stock del servicio de urgencias que se realiza los viernes en el formato establecido	verficacion en dinamica y en los formatos de solicitud de los elementos e insumos
10	PARTICIPAR EN FORMA ACTIVA EN LA REVISTA MEDICA DIARIA DANDO SUS APORTES SEGUN SEA EL CASO.	se realizan aportes en cuanto al estado diario del paciente , se hace abogacia no solo por el estado fisico si no por su esfera social mental familiar y sistema de creencias	se deja registro en las notas de enfermeria de acuerdo a la devolucion del medico tratante de cada paciente
11	REVISAR DIARIAMENTE QUE LOS VENOEQUIPOS , DRENAJES , BURETROLES Y DEMAS ELEMENTOS INVASIVOS DEL PACIENTE QUE MANEJAN SEGUN PROTOCOLO Y SE LLEVAN LOS REGISTROS CORRESPONDIENTES CORRECTAMENTE	en cada entrega y recibo de turno y durante este se verifican las fechas hora nombre del paciente, numero de identificacion de apertura, inicio de los equipos, buretroles humidificadores drenajes sondas	registro en formatos de balances de liquidos, venopuncion, notas de enfermeria y pedido de insumos
12	REALIZAR LA ASIGNACION DEL PACIENTE A CADA AUXILIAR DE ACUERDO AL NUMERO DE PACIENTES , COMPLEJIDAD Y DE ACUERDO A LAS NECESIDADES DEL SERVICIO	se realiza supervicion de las actividades realizadas por el auxiliar enfermeria a cada paciente	asginacion en el libro de entrega de turno
13	PARTICIPAR ACTIVAMENTE EN EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA MEDIANTE LA NOTIFICACION OPORTUNA DE INFORMES DE LOS CASOS O POSIBLES BROTES INFECCIOSOS PARA TOMA DE CONDUCTAS QUE PREVENGAN LA PRESENCIA O PROLIFERACION DE INFECCIONES EN LOS SERVICIOS	se diligencia libro de notificacion sivigila para posterior notificacion por consulta externa por auxiliar encargada ; llegando el caso que sea un fin de semana se envia notificacion al correo sivigila@subredcentrooriente.gov.co	verificacion en correo institucional sivigila
14	RESPONDER POR LOS INVENTARIOS CONSERVACION Y USO ADECUADO DE LOS EQUIPOS , ELEMENTOS E INSUMOS ENTREGADOS EN EL SERVICIO.	se diligencia cada turno los formatos e inventarios de equipos e insumos	verficacion de los formatos de insumos y de equipos biomedicos
15	REALIZAR LA ASIGNACION OPORTUNA DE CAMAS PARA LOS PACIENTES QUE LOS REQUIERAN , REALIZANDO LOS TRASLADOS NECESARIOS PARA TAL FIN DE FORMA OPORTUNA COLABORANDO EN EL GIRO DE CAMA	se notifica a sirc interconsulta o remicion requeria de paciente para su respectivo traslado	verficacion en la plataforma de dinamica
16	CUMPLIR CON EL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES ESTABLECIDO DE MUTUO ACUERDO CON EL SUPERVISOR DEL CONTRATO, REPORTANDO LAS NOVEDADES PRESENTADAS POR CADA PACIENTE ASIGNADO Y NOVEDADES EN EQUIPOS E INSUMOS DEL SERVICIO.	se realizaran reportes al area de seguridad del paciente atravez de la intraned , se solicitara apoyo a mesa de ayuda cuando se presente alguna falla a los equipos y de no obtener solucion se informacion a coordinador de centro y enfermeria	registro de reportes atravez de la intraned

OK

Escaneado con CamScanner

17	TRAMITAR DE FORMA OPORTUNA EXAMENES DE LABORATORIO , RADIOLOGÍA , EXAMENES ESPECIALES Y REMISIONES QUE REQUIERAN LOS PACIENTES A CARGO.	examenes, interconsultas y remiciones son tramitados por la crau y se realiza llamada de confirmacion para respuesta	se deja copia del radicado en el kardex de enfermeria
18	DAR CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCION 1995 DE 1999 Y AL MANUAL DEL MANEJO DE HISTORIA CLINICA DE LA SUB RED CONTENIDAS EN EL FORMATO DE NECESIDAD DE PERSONAL QUE HACE PARTE INTEGRAL DEL PRESENTE CONTRATO.	se hacen registros en historia clínica en dinamica y se aplica el principio de confidencialidad , al formato de necesidad del personal se encuentra anexo en secop ii	registro de notas de enfermeria en dinamica y documento de necesidad del personal en secop ii

Observaciones:

anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL.
caso de tener contrato nuevo se debe anexar también la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro

Jennifer Monroy
Firma del Contratista

C.C. 1.024.535.215 de BOGOTÁ

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	LIBIA BUITRAGO
CARGO:	Enfermera
FIRMA	libia buitrago

Escaneado con CamScanner

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	1024535215	JENNYFER ANDREA MONROY NOY	carrera 73 f 62 d 41 sur apt 102	5264674	jaem.s2721@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO		DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	1 - 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	
8347033749	02/12/2020				EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2020-12	2020-12	N	07/12/2020	47196544	TOTAL A PAGAR	
					$37.000	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	15.000	0		0		0	0	0	0	15.000	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	19.100	0	0	0	0	0	0		19.100	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 Bolívar S.A.	860002503-2	2.900				2.900	0	0	2.900			29	2.900	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	15.000	15.000
Pensión	1	19.100	19.100
Riesgos Laborales	1	2.900	2.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	37.000	37.000

PAGADA
47196544

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

Escaneado con CamScanner

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1024535215	JENNYFER ANDREA MONROY NOY		carrera 73 f 62 d 41 sur apt 102	5204674	jamn.s2721@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
UNICA	I - Independiente			BOGOTÁ, D.C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
83470337#9	02/12/2020				EMPLEADOS	IBC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2020-12	2020-12	N	07/12/2020	47196544	TOTAL A PAGAR	
					$27,000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Estrategia	Extranjero	Cotiza en el Exterior	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	SUS	INC	LNR	CON	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
1	CC	1024535215	MONROY NOY JENNYFER ANDREA	57	0		N																	230201	1,790,532	286,500	0	0	0	0	EPS017	1,790,532	223,900	14-7	1,790,532	3	45,700		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Escaneado con CamScanner

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): JENNYFER ANDREA MONROY NOY
No. Identificación: CC1024535215
Dirección: CARRERA 73 F 62 D 41 SUR APT 102
Telefono: 5204674
Correo: jamn.s2721@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8347033749

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	JENNYFER ANDREA MONROY NOY	Número de Empleados	1
Tipo y número de identificación	CC1024535215	Periodo de Cotización Salud	diciembre de 2020
Número de planilla	8347033749	Periodo de Cotización Pensión	diciembre de 2020
Fecha pago	2020-12-02	Número de Administradoras	3
Número de autorización pago	59491567	Total Pagado	517100
Banco	1023	Total Intereses de Mora	0

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A	40800	1
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	267400	1
EPS017	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	208900	1

8347033749

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1024535215
APELLIDOS Y NOMBRES: JENNYFER ANDREA MONROY NOY

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS017	230201	1671163	1671163	1671163	0	208900	0	267400	0	40800	0

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

Escaneado con CamScanner