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 3452 2021 | **C.D.P. No.:** | 305 | **Proceso al que pertenece:** | ASISTENCIAL/ENFERMERIA |
| | | | | **Unidad a la que pertenece:** | UNIDAD SANTA CLARA |
| **Nombre del Contratista:** | HUBERT YESID PEÑA CORTES | **C.C.** | 1.071.143.509 | **de:** | GUATAVITA |
| **Fecha Inicio:** | 2021/02/10 | **Fecha Terminación incial:** | 2021-03-31 | **Valor Mensual:** | $ 1.762.560 |
| **Valor a cobrar:** | $ 1.762.560 | | | | |

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |

| Nº CTA | MES DE CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR | VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL | NÚMERO DE PLANILLA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | FEBRERO | $ 1.321.920 | $ 281.200 | 1035858773 |
| 2 | MARZO | $ 1.762.560 | $ 281.200 | 1035893324 |
| 3 | ABRIL | | | |
| 4 | MAYO | | | |
| 5 | JUNIO | | | |
| 6 | JULIO | | | |
| 7 | | | | |

**Resumen de contrato**

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 3.481.056 | $ 3.481.056 | $ 3.084.480 | $ 396.576 |

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

PRESENTAR SUS SERVICIOS DE APOYO DE MANERA PERSONAL Y AUTONOMA. EN SU CONDICION DE TECNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA LA ELECCION DE ACTIVIDADES ASISTENCIAL EN LOS PROCESOS DE GESTION HOSPITALARIA URGENCIAS Y QUIRURGICOS CONFORME ALAS NECSIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD E.S.E

**Relación de actividades para el periodo:** **Desde:** 2021-03-01 **Hasta:** 2021/03/31

| | OBLIGACIONES ESPECÍFICAS | DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO | |
|---|---|---|---|
| | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
| 1 | Prestar el servicio de conformidad con la programación de agenda acordada con el supervisor del contrato, para el desarrollo de sus actividades. | Informe sobre la evolución y las actividades realizadas con el fin de proporcionar al tratamiento información actualizada y dar continuidad del cuidado de enfermería. | RECIBO DE TURNO EN EL SERVICIO DE BANDEJAS Y QUEDA EVIDENCIADO EN LAS NOTAS DE ENFERMERIA |
| 2 | Controlar los signos vitales de cada uno de los pacientes asignados con la periodicidad requerida según orden médica, orden de Enfermería y protocolo institucional, informando al médico y enfermera las alteraciones encontradas y registrándolas en la historia clínica digital | Cumple con los procedimientos y protocolos hospitalarios del servicio, tendientes a promover la recuperacion del paciente. | REALIZO DESINFECCION DE ESTAR DE ENFERMERIA PARA INICIAR ACTIVIDADES LABORALES SE DEA REALACIONADA EN LIBRO DE ASEO RECURENTE |
| 3 | Orientar y preparar a los pacientes para exámenes diagnóstico de acuerdo con los protocolos de manejo y tecnología requerida. Según normas establecidas para cada procedimiento. | Deja evidencia científica y legal de las actividades ejecutadas. | REALIZO TOMA Y REGISTRO DE SIGNOS VITALES REGISTRADOS EN NOTAS DE ENFERMERIA E INFORMADOS A JEFE DE TURNO |
| 4 | Realizar actividades propias del cuidado de enfermería previniendo acciones inseguras en la prestación de servicios de salud. | Aplica los protocolos para prevenir la ocurrencia de infecciones intrahospitalarias en los pacientes y su entorno de acuerdo con las buenas practicas sanitarias. | REALIZO LAVADO DE MANOS SEGUN LOS 5 MOMENTOS |
| 5 | Notificar inmediatamente las acciones inseguras ocurridas a sus pacientes al médico de turno, jefe inmediato y en el sistema de reporte. | Suministro información al enfermero para toma de medidas óptimas de manejo médico - quirúrgico | REALIZO RONDA DE ENFERMERIA CAMBIOS DE POSICION SEGUN NECESIDAD SE DEJA REALACIONADO EN NOTA DE ENFERMERIA |
| 6 | Informar a la enfermera jefe del servicio y al médico tratante, sobre los cambios del estado clínico de los pacientes en forma oportuna y adecuada. | Da información de fácil comprensión de los cuidados, ordenes medicas para dar continuidad al tratamiento ambulatorio. | SE REALIZA ACTIVIDADES DE ENFERMERIA ( LIMPIEZA DE UNIDAD AREGLO DE PACIENTE CAMBIOS DE POSICION APERTURA DE NOTAS DE ENFERMERIA) |
| 7 | Revisar la Historia clínica de los pacientes asignados conociendo su evolución diaria, tratamiento, para realizar el plan de cuidado de enfermería integral del paciente. | Aplico las normas de bioseguridad, se reporta eventos adversos. | SE PREPARA BANDEJA CON MATERIALES PARA TOMAR LABORATORIOS SE DEJA EVIDENCIA EN LIBRO DE LABORATORIOS Y NOTAS DE ENFEERMERIA |
| 8 | Mantener limpio y ordenado la unidad de los pacientes asignados durante el turno. | Realizo inventerio por turno y revision mensual de los elementos del carro de paro y se informa estado y faltantes. | TOMO LABORATORIOS CON TECNICA ASPTICA Y ESCRITOS EN NOTAS DE ENFERMERIA |
| 9 | Realizar registros clínicos en forma oportuna, diligenciando todas las variables correctamente y dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999 y mantener organizadas las historias clínicas de acuerdo al Manual y normatividad vigente de la Entidad | Proyecto la logistica requierida para brindar cuidado integral al paciente. | REALIZO RONDA DE ENFERMERIA CONTINUAS O SEGUN NECESIDAD SE DEJA EVIDENCIA EN NOTAS DE ENERMERIA |
| 10 | Cumplir las normas institucionales de bioseguridad, vigilancia epidemiológica, gestión ambiental, salud ocupacional y demás políticas Institucionales. | Oriento a los pacientes y familiares según sus necesidades | REALIZO TOMA Y REGISTRO DE SIGNOS VITALES REGISTRADOS EN NOTAS DE ENFERMERIA E INFORMADOS A JEFE DE TURNO |
| 11 | Responder por los inventarios, conservación y uso adecuado de los equipos, elementos e insumos, al igual que el cuidado de la infraestructura del servicio y/o área donde se encuentre desarrollando las actividades. | Administra medicamentos según la tecnica | REALIZO INVENTARIO DEL SERVICIO Y SE DEJA EVIDENCIA EN LIBRO DE INVENTARIO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 12 | Cumplir con los procesos, procedimientos, guías y demás normas definidas por la entidad, de conformidad con el objeto del contrato. | | REALIZO RONDAS DE ENFERMERIA Y VERIFICO FORMATOS REQUERIDOS POR INSTITUCION |
| 13 | Asistir a reuniones y capacitaciones programadas por la entidad. | | REALIZO BAÑO GENERAL O EN CAMA SEGUN EL CASO REALIZANDO |
| 14 | Realizar la desinfección de manera oportuna de la unidad del paciente de acuerdo a los protocolos institucionales. | | REALIZO DESINFECCION DE UNIDAD EN RONDAS DE ENFERMERIA CONTINUAS |
| 15 | Realizar la toma oportuna de las muestras de laboratorio que requieran los pacientes con el fin de agilizar el tratamiento. | | REALIZO ARREGLO DE ESTAR DE ENFERMERIA PARA ENTREGA DE TURNO |
| 16 | Asistir en la alimentación a los pacientes asignados conservando las precauciones establecidas según el caso. | | ENTREGA DE TURNO EN EL SERVICIO DE BAHIAS Y SE DEJA EVIDENCIA EN NOTAS DE ENFERMERIA |

**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

**Firma del Contratista**

**C.C.** 1.071.143.509 **de** GUATAVITA

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

# PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2021-03-11, 11:52:02 PM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1035893324

**Periodo Cotización** 202102 **Periodo Servicio** 202102

**Cliente:**

## PAGADA 2021-03-11 EN HORARIO EXTENDIDO

### I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Razón Social** | HUBERT YESID PEÑA CORTES | | | | |
| **Documento** | CC 1071143509 | **Dirección** | CL 144C #141 A - 82 | | |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3125850721 | | |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO | **Total Afiliados** | 1 |
| **Ciudad** | BOGOTA D.C. | **Departamento** | BOGOTA D.C. | | |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | | | |

### II. DATOS DEL AFILIADO

| **Documento** | CC 1071143509 | | **Residente** | | **Exonerado** | N | **Apellidos y Nombres** | **Código Ciudad - Departamento** | **Centro de Trabajo** | **Ubicación Laboral** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tipo Cotizante | 57 | 00 | | | | | PEÑA CORTES HUBERT YESID | 11001000 - 11 | | BOGOTA D.C. |

### III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

| **Novedades** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Extranjero** | **Tipo salario** | **Salario** | **Pensión** | | | | | | | **Salud** | | | | | | **Riesgos** | | | | | **Caja** | | | | **Parafiscales** | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | | | | Código AFP | Código Tras. AFP | Tarifa AFP | IBC | Total Aporte AFP | Total Aporte FSP | Total Aporte FSPS | Código EPS | Código Tras. EPS | Tarifa EPS | IBC EPS | Aporte Salud | Aporte UPC | Código ARL | Clase Riesgo | Tarifa ARL | IBC ARL | Aporte Riesgos | Código CCF | Tarifa CCF | IBC CCF | Aporte Caja | Tarifa SENA | Aporte SENA | Tarifa ICBF | Aporte ICBF |
| | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 0 | | | $ 908.526 | 230201 | | 16 % | $ 908.526 | $ 145.400 | $ 0 | $ 0 | EPS008 | | 12,5 % | $ 908.526 | $ 113.600 | $ 0 | 14-7 | 3 | 2,436 % | $ 908.526 | $ 22.200 | NIN-CC | 0 % | $ 0 | $ 0 | 0 % | $ 0 | 0 % | $ 0 |

### IV.TOTALES

| Total Aportes Pensión | Total Aportes FSP | Total Aportes FSPS | Total Aportes Salud | Total Aportes Riesgos | Total Aportes Cajas | Total Aportes SENA | Total Aportes ICBF | Total Aportes ESAP | Total Aportes MEN | Total Final |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PROTECCION (ING + PROTECCION) | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | COMPENSAR EPS | SEGUROS BOLIVAR | NINGUNA CCF | SENA | ICBF | ESAP | MEN | |
| $ 145.400 | $ 0 | $ 0 | $ 113.600 | $ 22.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 281.200 |



eas 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!

¡El Poder de lo SIMPLE!