132 hoja 22/03

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 1756 2021	**C.D.P. No.:**	171	**Proceso al que pertenece:**	MEDIANA COMPLEJIDAD ASISTENCIAL
				Unidad a la que pertenece:	SAN LLAS

Nombre del Contratista: ANDREA STEFANIA HERRERA AGUAS **C.C.** 1.022.949.508 **de:** MAGANGUE

Fecha Inicio: 2021-01-19 **Fecha Terminacion incial:** 2021-03-22 $ 2.984.220 **Valor a cobrar:** $ 4.224.000

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1				
2				
3				
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	$ 7.672.000	$ 530.600	9416332054
2	Marzo	$ 4.224.000	$ 689.300	9417254371
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 12.800.000	$ 12.800,000	$ 12.096,000	$ 704,000

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SUS SERVICIOS PERSONALES DE APOYO EN SU CONDICION DE PROFESIONAL DE ENFERMERIA PARA LA EJECUCION DE ACTIVIDADES EN LOS DIFERENTES SERVICIOS CONFORME A LA NECESIDAD DE LA SUBRED INTEGRADA SE SERVICIOS DE SALUD CWENTRO ORIENTE E.S.E

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2021-03-01 **Hasta:** 2021-03-22

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACION	PRODUTO O EVIDENCIA
1	Ejecutar procedimientos y cuidados a los pacientes que por su estado critico asi lo requieran.	Realiza los procedimientos a los pacientes a su cargo de acuerdo a su estado clinico	HISTORIA CLINICA Y SOPORTE FISICO
2	Realizar plan de cuidado diario de enfermeria de acuerdo al diagnóstico y necesidades identificadas	Realiza el plan de cuidados de enfermeria de acuerdo al diagnostico y necesidades identificadas	HISTORIA CLINICA Y SOPORTE FISICO
3	Verificar medidas preventivas de eventos adversos e identificando riesgos, garantizando la seguridad del paciente y reportando los eventos adversos que se presenten.	Realiza la identificacion de los riesgos de los usuarios aplicando las medidas preventivas en cada caso.	HISTORIA CLINICA Y SOPORTE FISICO
4	Administrar y verificar el cuidado directo a los pacientes de acuerdo a los protocolos y guias establecidas del servicio utilizando técnicas asepsia y antisepsia y normas de bioseguridad.	Da cumplimiento a los protocolos y guias establecidas y administra el cuidado directo a los usuarios	ACTAS -LISTA DE CHEQUEO Y SOPORTE FISICO
5	Supervisar las actividades del personal auxiliar de enfermería y camilleros mediante supervisión directa e indirecta, observando realización de procedimientos y revisando registros de enfermería.	Debe hacer mas supervision al personal en cuanto al cumplimiento de los protocolos.	ACTAS -LISTA DE CHEQUEO Y SOPORTE FISICO
6	Realizar actualización del Kardex y tarjetas de medicamentos de acuerdo con las normas establecidas en forma escrita y cada vez que se requiera el cambio en el tratamiento del paciente.	Realiza la actualizacion del Kardex y tarjetas de medicamentos de acuerdo con lo establecido.	SOPORTE FISICO
7	Administrar medicamentos oportunamente, de acuerdo con las técnicas de asepsia y antisepsia, normas de bioseguridad, y a los correctos para la administración de medicamentos, reportar a médico tratante y coordinadores la no existencia de medicamentos para reajuste de tratamiento.	Administra medicamentos de forma oportuna, utilizando tecnica aseptica, normas de bioseguridad y los correctos en la administración de medicamentos,	HISTORIA CLINICA- SOPORTE FISICO
8	Controlar los suministros y existencias de insumos y medicamentos de los pacientes del servicio.	Realiza el control de los suministros y existencia de insumos y medicamentos de los pacientes a cargo	HISTORIA CLINICA Y SOPORTE FISICO
9	Realizar las devoluciones al servicio de farmacia de los medicamentos e insumos por pacientes antes del egreso y diariamente cuando asi lo amerite	Realiza las devoluciones de medicamentos e insumos de los pacientes antes del egreso del mismo o cuando asi lo amerite	HISTORIA CLINICA Y SOPORTE FISICO
10	Realizar los pedidos de elementos e insumos para su respectivo servicio necesarios para los pacientes, tramitando ante el área que los provee, en el formato correspondiente y en las fechas establecidas.	Realizzar solicitud	SOPORTE FISICO-CORREO ELECTRONICO
11	Participar en forma activa en la revista médica diaria dando sus aportes según el caso	Participa activamente en la revista médica diaria dando sus aportes según se requiera	ENTREGA Y RECIBIDO DE TURNO
12	Revisar diariamente que los venoequipos, drenajes, buretroles y demás elementos invasivos del paciente que manejen según protocolo y se lleven los registros correspondientes correctamente.	Revisa en cada turno los venoequipos, Drenajes, buretroles y demás elementos del paciente según protocolo	LISTA DE CHEQUEO-SOPORTE FISICO
13	Realizar la asignación de los pacientes a cada auxiliar de acuerdo al número de pacientes, complejidad y de acuerdo a las necesidades del servicio.	Realiza la asignacion de pacientes y actividades a cada uno de los auxiliares a cargo dependiendo de la complejidad de los pacientes	LISTA DE CHEQUEO-SOPORTE FISICO
14	Participar activamente en el sistema de vigilancia epidemiológica mediante la notificación oportuna de informes de los casos o posibles brotes infecciosos para toma de conductas que prevengan la presencia o proliferación. De infecciones en los servicios	Participa activamente en sistema de vigilancia epidemiológica notificando oportunamente los casos de infecciones y realizando los aislamientos necesarios	HISTORIA CLINCA SOPORTE FISICO
15	Supervise las actividades de procedimientos en su servicio y aplique medidas correctivas que garanticen la calidad del servicio.	Supervisa las actividades que se realizan en su servicio aplicando los correctivos necesarios que garanticen la calidad en la prestacion del servicio	ACTAS-LISTA DE CHEQUEO

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

16	6 Responder por los inventarios conservación y uso adecuado de los equipos, elementos e insumos entregados en el servicio.	Participa en el cuidado y custodia de los equipos e insumos del servicio	ACTAS -LISTA DE CHEQUEO Y SOPORTE FISICO INVENTARIO
17	Realizar la asignación oportuna de camas para los pacientes que lo requieran, realizando los traslados necesarios para tal fin de forma oportuna, colaborando con el giro de cama.	Realiza asignación oportuna de las camas para los pacientes que asi lo ameritan y adicionalmente, recibe los traslados necesarios para tal fin	ACTAS -LISTA DE CHEQUEO Y SOPORTE FISICO
18	Participar en el recibo y entrega de turno de forma cumplida, oportuna, reportando las novedades presentadas por cada paciente asignado y novedades en equipos e insumos del servicio.	Participa en el recibo y entrega de turno de forma oportuna reportando las novedades que se generen durante su turno con los usuarios y con los equipos e insumos.	SOPORTE FISICO KARDEX
19	Asistir a las reuniones de grupo funcional y capacitaciones programadas por la institución	Asiste a reuniones y capacitaciones que se programas por Coordinacion de Enfermeria y por la Institución	ACTAS -LISTA DE CHEQUEO Y SOPORTE FISICO
20	Tramitar de forma oportuna exámenes de laboratorio, de radiología, exámenes especiales y remisiones que requieran los pacientes a cargo.	Tramita oportunamente los examenes de laboratorio, radiologia y exámenes especiales y remisiones que requieren los pacientes a cargo	HISTORIA CLINICA Y SOPORTE FISICO
21	Dar cumplimiento a la resolución 1995 y al manual de manejo de Historia Clinica establecido en la institución	Da cumpliniento a la resolución 1995/199 y al manual de manejo de historias clinicas	ACTAS -LISTA DE CHEQUEO Y SOPORTE FISICO
22	Dar cumplimiento a guías y protocolos establecidos por la institución.	Da cumplin icnto a g ías y protocolos de la institución	ACTAS -LISTA DE CHEQUEO Y SOPORTE FISICO

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

Andrea Herrera
Firma del Contratista
1052949506

C.C. 1.052.949.506 de MAGANGUE

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	Melba Quintero
CARGO:	Enfermera
FIRMA	

7/ Magaly Martinez
ENFERMERA JEFE
C.C. 1.047.394.
FUCS

CLINICO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1052949506		HERRERA AGUAS ANDREA STEFANIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 67 No 58 Sur 31	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-02	2021-02	914390325	9417254371	I	2021/03/02	2021/03/05	BANCO DAVIVIENDA	3	$689,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$356,500	$0	$0	$356,500
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$356,500	$0	$0	$356,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$54,300	$0	$0	$54,300
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$54,300	$0	$0	$54,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$278,500	$0	$0	$278,500
ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA)	EPS001	830,113,831	0	1	$278,500	$0	$0	$278,500
TOTAL				1	$689,300	$0	$0	$689,300

+ pago Enero.
535.296 =
76.705 =
393.600 =

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1052949506		HERRERA AGUAS ANDREA STEFANIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 67 No 58 Sur 31	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2021-02	2021-02	914390325	9417254371	I	2021/03/02	2021/03/05	BANCO DAVIVIENDA	3	$689,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)						**$2,228,000**	**$356,500**			**$2,228,000**	**$278,500**			**$0**	**$0**			**$2,228,000**	**$54,300**		**$0**	**$0**
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$2,228,000	$356,500			$2,228,000	$278,500			$0	$0			$2,228,000	$54,300		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						$2,228,000	$356,500			$2,228,000	$278,500			$0	$0			$2,228,000	$54,300		$0	$0
1	CC	1052949506	HERRERA ANDREA	230301	30	$2,228,000	$356,500	EPS001	30	$2,228,000	$278,500		0	$0	$0	14-7	30	$2,228,000	$54,300	0	$0	$0
Total Afiliados(1)						$2,228,000	$356,500			$2,228,000	$278,500			$0	$0			$2,228,000	$54,300		$0	$0

S DEL APORTANTE

dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
	HERRERA AGUAS [illegible]	INDEPENDIENTE	[illegible]	Carrera 6[illegible]	[illegible] BOGOTA D.C.	[illegible]	No

S DE LA LIQUIDACIÓN

	Clave		Tipo	Fecha		Pago		
d	Pago	Planilla	Planilla	[illegible]	Pago	Banco	Días Mora	Valor
	895476557	[illegible]	1	[illegible]	2021/02/16	BANCO DAVIVIEN[illegible]	[illegible]	$530,600

PAGO

ORAS: 1)				1	$274,400	$0	$0	$274,400
	[illegible]	800,224,808	E	[illegible]	$274,400	$0	$0	$274,400
ORAS: 1)				1	$41,800	$0	$0	$41,800
VR	[illegible]	860,000,[illegible]	[illegible]	[illegible]	$41,800	$0	[illegible]	$41,800
ORAS: 1)				1	$214,400	$0	$0	$214,400
S (ANTES COLMEDICA)	EPS001	830,113,831	U	1	$214,400	$0	$0	$214,400
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	$0	$0	$530,600

Enero

28 x 6 = 168 hrs

Turno adicional 17 febrero 6 hrs

174 x 32,000

5'568,000

Bolivar
Alianzalud
porvenir

DIAN
POR UNA COLOMBIA MAS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto: 02 Actualización

4. Número de formulario: 14747130674

(415)7707212489984(8020) 000001474713067 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1052949506	9	Impuestos de Bogotá 32	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 13	1052949506	2010,01,08

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 169	Bolivar 13	Magangué 430

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
HERRERA	AGUAS	ANDREA	STEFANIA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 169	Bogotá D.C. 11	Bogotá, D.C. 001

41. Dirección principal: CL 60 A 74 G 04 SUR P 2 BRR LA ESTANCIA

42. Correo electrónico: androide077@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3182063949	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8692	2013,12,10						

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 20

20- Obtención: NIT

Obligados aduaneros

54. Código

Exportadores

55. Forma | 56. Tipo | Servicio 1 2 3 | 57. Modo | 58. CPC

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] | 60. No. de Folios: 0 | 61. Fecha: 2021 - 03 - 12 / 18 : 13: 37

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Unico Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre: HERRERA AGUAS ANDREA STEFANIA

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO