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 – GESTION DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO**
**FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO**

**CÓDIGO: AP-IA-FT-014**
**VERSIÓN: 02**
**FECHA: 2020-05-04**

132 OCI
OK
40h

## 1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. CONTRATO - OPS:** | 1753 2021 | **C.D.P. No.:** | 1753 | **Proceso al que pertenece:** | MEDIANA COMPLEJIDAD ASISTENCIAL |
| | | | | **Unidad a la que pertenece:** | SAN BLAS |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombre del Contratista:** | KAREN YESENIA TRUJILLO TENJO | **C.C.** | 1.030.664.423 | **de:** | BOGOTA D.C |
| **Fecha Inicio:** | 19/01/2021 | **Fecha Terminación inicial:** | 22/03/2021 | **Valor Mensual:** | $ 1.584.000 |
| | | | | **Valor a cobrar:** | $ 1.584.000 |

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 4.160.000 | 1753 | 19/01/2021 | 31/01/2021 |
| 2 | 4.160.000 | 1753 | 1/02/2021 | 28/02/2021 |
| 3 | 4.160.000 | 1753 | 1/03/2021 | 22/03/2021 |
| 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 | ENERO | 1.200.000 | 281.200 | 48006640 |
| 2 | FEBRERO | 3.240.000 | 281.200 | 48006640 |
| 3 | MARZO | 1.584.000 | 401.000 | 49004770-49357527 |
| 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 |
|---|---|---|---|---|
| | $ 4.160.000 | $ 16.640.000 | $ 6.024.000 | $ 10.616.000 |

## 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 AUTÓNOMA EN SU CONDICIÓN DE TÉCNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LOS PROCESOS DE GESTIÓN HOSPITALARIA, URGENCIAS Y QUIRÚRGICOS, CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD E.S.E.

**Relación de actividades para el periodo:** **Desde:** 1/03/2021 **Hasta:** 22/03/2021

| | OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las enlistadas en la minuta) | DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO | |
|---|---|---|---|
| | | ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
| 1 | PRESTAR EL SERVICIO DE CONFORMIDAD CON LA PROGRAMACION DE AGENDA ACORDADA CON EL SUPERVISOR DEL CONTRATO, PARA EL DESARROLLO DE SUS ACTIVIDADES | CUMPLO CON LA PROGRAMACION DE TURNOS ASIGNADA POR MI SUPERVISOR | Revista realizada por jefe supervisora del servicio |
| 2 | CONTROLAR LOS SIGNOS VITALES DE CADA UNO DE LOS PACIENTES ASIGNADOS CON LA PERIODICIDAD REQUERIDAS SEGÚN ORDEN MEDICA, ORDENE ENFERMERIA Y PROTOCOLO INSTITUCIONAL INFORMANDO AL MEDICO Y ENFERMERA LAS ALTERACIONES ENCONTRADAS Y REGISTRARLOS EN LA HISTORIA CLINICA DIGITAL | TOMO LOS SIGNOS DE VITALES DE CADA UNO DE MIS PACIENTES ASIGNADOS | Listados de de registros de enfermeria |
| 3 | ORIENTAR Y PREPARAR A LOS PACIENTES PARA EXÁMENES DIAGNOSTICO DE ACUERDO CON LOS PROTOCOLOS DE MANEJO Y TECNOLOGIA REQUERIDA SEGÚN NORMAS ESTABLECIDAS PARA CADA PROCEDIMIENTO | PREPARO LOS PACIENTES DE ACUERDO A LOS PROTOCOLOS ESTIPULADOS PARA LOS DIFERENTES EXAMENES DE DIAGNOSTICO | Lista de chequeo |
| 4 | REALIZAR ACTIVIDADES PROPIAS DEL CUIDADO DE ENFERMERIA PREVINIENDO ACCIONES INSEGURAS EN LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD | SE APLICAN LAS MEDIDAS NECESARIAS PARA PREVENIR LOS EVENTOS ADVERSOS CON SARRELLAS DE SEGURIDAD | Valoracion de riesgo de caida. Visualizar en dinamica |
| 5 | NOTIFICAR INMEDIATAMENTE LAS ACCIONES INSEGURAS OCURRIDAS CON SUS PACIENTES AL MEDICO DE TURNO, ELEVANDO LO EN EL SISTEMA DE REPORTE | SE REALIZA NOTIFICACION DE EVENTOS OCURRIDOS, MEDIANTE LAS DIFERENTES MEDIDAS PARA ELLO | Notificacion en la intranet y verificacion de codigo de reporte |
| 6 | INFORMAR A LA ENFERMERA JEFE DEL SERVICIO Y AL MEDICO TRATANTE, SOBRE LOS CAMBIOS EN EL ESTADO CLINICO DE LOS PACIENTES EN FORMA OPORTUNA Y ADECUADA | SE INFORMA AL MEDICO Y ENFERMERO JEFE DOCASIONO EN EL ESTADO CLINICO DE LOS PACIENTES A SU CARGO EN FORMA OPORTUNA | Registro de notas de enfermeria |
| 7 | REVISAR LA HISTORIA CLINICA DE LOS PACIENTES ASIGNADOS CONOCER SU NO EVOLUCION PARA TRATAMIENTO PARA REALIZAR EL PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERIA INTEGRAL DEL PACIENTE | SE REVISA LA HISTORIA CLINICA DE LOS PACIENTES ASIGNADOS REALIZANDO EL PLAN DE CUIDADO DE ACUERDO CON EL ESTADO DE SALUD PACIENTE | Notas de enfermeria |
| 8 | MANTENER LIMPIO Y ORDENADO LA UNIDAD DE LOS PACIENTES ASIGNADOS DURANTE EL TURNO | MANTENGO CONFORME LA UNIDAD DE LOS PACIENTES A MI CARGO DURANTE EL TURNO | Registro de limpieza y desinfeccion de la unidad del paciente |
| 9 | REALIZAR REGISTROS CLINICOS EN FORMA OPORTUNA, DILIGENCIANDO TODAS LAS VARIABLES CORRECTAMENTE Y DANDO CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCION 1995 DE 1999 Y MANTENER ORGANIZADAS LAS HISTORIAS CLINICAS DE ACUERDO AL MANUAL Y NORMATIVIDAD VIGENTE DE LA ENTIDAD | REALIZO LOS REGISTROS CLINICOS DE ACUERDO CON LA RESOLUCION 1995 1999 | Registro de notas de enfermeria |
| 10 | CUMPLIR LAS NORMAS INSTITUCIONALES DE BIOSEGURIDAD VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA, GESTIÓN AMBIENTAL, SALUD OCUPACIONAL Y DEMAS POLITICAS INSTITUCIONALES | CUMPLO CON LAS NORMAS INSTITUCIONALES DE BIOSEGURIDAD EPIDEMIOLOGICA | Supervision de jefe de enfermeria, aplicando listas de chequeo de la lavado de manos , limpieza y desinfeccion, manejo de residuos, etc |
| 11 | RESPONDER POR LOS INVENTARIOS, CONSERVACION Y USO ADECUADO DE LOS EQUIPOS, ELEMENTOS E INSUMOS, ACTUALIZAR EL CUIDADO DE LA INFRAESTRUCTURA DEL SERVICIO Y O AREA DONDE SE ENCUENTRE DESARROLLANDO LAS ACTIVIDADES | REALIZO LA CUSTODIA Y CUIDADO DE LOS EQUIPOS MEDICOS, INSUMOS DEL SERVICIO ASIGNADO | Se realiza diligenciamiento de libros correspondientes de inventario |
| 12 | CUMPLIR CON LOS PROTOCOLOS, PROCEDIMIENTOS GUIAS Y DEMAS NORMAS DE LA ENTIDAD POR LA ENTIDAD, DE CONFORMIDAD CON EL OBJETO DEL CONTRATO | NOTIFICO OPORTUNAMENTE CON LOS OCURRIDOS MEDIANTE LAS NORMAS DE LA ENTIDAD POR LA ENTIDAD | Reporte de de eventos de seguridad del paciente |
| 13 | ASISTIR A REUNIONES Y CAPACITACIONES PROGRAMADAS POR LA ENTIDAD | ASISTO A REUNIONES Y DE CAPACITACION FUNCIONAL Y CAPACITACIONES PROGRAMADAS POR LA INSTITUCION Y | Listas de asistencia de reuniones y capacitacion de la cabeza |
| 14 | REALIZAR LA DESINFECCION DE MANERA OPORTUNA DE LA UNIDAD DEL PACIENTE DE ACUERDO A LOS PROTOCOLOS INSTITUCIONALES | CUMPLO CON LA DESINFECCION OPORTUNA DE LAS CAMAS LIBERA PARA APORTAR CON EL ALTA CAMA | Formato de registro de limpieza y desinfeccion |
| 15 | REALIZAR LA TOMA OPORTUNA DE LAS MUESTRAS DE LABORATORIO QUE REQUIERAN LOS PACIENTES CON EL FIN DE AGILIZAR EL TRATAMIENTO | REALIZO OPORTUNAMENTE LAS TOMAS DE MUESTRAS DE LABORATORIO PARA AGILIZAR EL DIAGNOSTICO DEL PACIENTE | Registro de actividades de enfermeria procedimientos, laboratorios |
| 16 | ENVIAR EN LA ALIMENTACION A LOS PACIENTES ASIGNADOS CONSERVANDO LAS PRECAUCIONES ESTABLECIDAS SEGÚN EL CASO | ASISTO EN LAS NECESIDADES ALIMENTARIAS A LOS PACIENTES ASIGNADOS QUE ASI LO REQUIERAN | Registro de actividades de enfermeria otras actividades, dieta Teniendo en cuenta precauciones según el caso. |
| 17 | REALIZAR EL CONTROL DE LIQUIDOS ADMINISTRADOS Y ELIMINADOS REGISTRANDO EN FORMA OPORTUNA Y ADECUADA LOS RESULTADOS DE ACUERDO AL PROTOCOLO INSTITUCIONAL | APLICO EL PROTOCOLO EN CUANTO A CONTROL OPORTUNO DE LIQUIDOS ADMINISTRADOS Y ELIMINADOS | Custodia de enfermeria dinamica registro de liquidos |
| 18 | PORTAR EL UNIFORME TENIENDO EN CUENTA LAS NORMAS DE HIGIENE Y BIOSEGURIDAD DE LA SUBRED | PORTO MI UNIFORME DE UNA MANERA ADECUADA Y CON LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD REQUERIDAS | Revista realizada por la jefe de enfermeria |
| 19 | OFRECER TRATO CON CALIDEZ Y CALIDAD AL PACIENTE Y LA FAMILIA DANDO UNA ATENCION HUMANIZADA, CONSERVANDO EL RESPETO POR LA DIGNIDAD HUMANA | BRINDO ATENCION CON CALIDEZ Y HUMANIZACION TANTO A PACIENTES COMO FAMILIARES | Formato informacion y educacion al paciente y la familia |
| 20 | IMPARTIR EDUCACION AL PACIENTE Y A LA FAMILIA SOBRE LOS CUIDADOS ESPECIALES A TENER EN CASA DE ACUERDO A LA PATOLOGIA DE BASE Y NECESIDADES DEL PACIENTE | IMPARTO EDUCACION AL PACIENTE Y SU FAMILIA DE ACUERDO A LA PATOLOGIA DE BASE Y CUIDADOS REQUERIDOS | Formato informacion y educacion al paciente y la familia |
| 21 | MANTENER LA RESERVA DE LA INFORMACION CLINICA Y PERSONAL DE LOS PACIENTES | VELO POR LA CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACION DE CADA UNO DE MIS PACIENTES | Custodia de la historia clinica |
| 22 | EJECUTAR LAS ACTIVIDADES PROPIAS DE LA FORMACIÓN TECNICA DE CONFORMIDAD CON LAS NORMAS Y PROTOCOLOS DE ACUERDO AL OBJETO CONTRACTUAL Y LAS NECESIDADES DEL SERVICIO CONTENIDAS EN EL FORMATO DE NECESIDAD DE PERSONAL QUE HACE PARTE INTEGRAL DEL PRESENTE CONTRATO. | CUMPLO CON LAS NORMAS Y PROTOCOLOS INSTITUCIONALES DE FORMA INTEGRAL DE ACUERDO A LAS NECESIDADES DEL SERVICIO | Aceptacion del contrato |

**Observaciones:**

Se adjunta 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. 1.030.664.423 de BOGOTA D.C

### VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS

| | |
|---|---|
| NOMBRE: | TATIANA CLAVIJO Melba Quintero P/ |
| CARGO: | ENFERMERA |
| FIRMA | Mayerli Martinez ENFERMERA JEFE CC 2 [illegible] UCS |

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

**Señor(a):** KAREN YESENIA TRUJILLO TENJO
**No. Identificación:** CC1030664423
**Dirección:** CALLE 42 C SUR # 90 A - 13
**Telefono:** 3781230
**Correo:** karentrujillo2880@gmail.com
**Ciudad:** BOGOTÁ, D.C.
**Número de Planilla:** 49004770

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre Aportante | KAREN YESENIA TRUJILLO TENJO | Número de Empleados | 1 |
| Tipo y número de identificación | CC1030664423 | Periodo de Cotización Salud | febrero de 2021 |
| Número de planilla | 49004770 | Periodo de Cotización Pensión | febrero de 2021 |
| Fecha pago | 2021-03-02 | Número de Administradoras | 3 |
| Número de autorización pago | 918790 | Total Pagado | 281200 |
| Banco | 1083 | Total Intereses de Mora | 0 |

PAGADA

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|---|---|---|---|
| 14-23 | POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 22200 | 1 |
| 25-14 | Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones | 145400 | 1 |
| EPS008 | Compensar EPS | 113600 | 1 |

49004770

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1030664423
APELLIDOS Y NOMBRES: KAREN YESENIA TRUJILLO TENJO

| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS008 | 25-14 | 908526 | 908526 | 908526 | 0 | 113600 | 0 | 145400 | 0 | 22200 | 0 |

162.000 =
207.360 =
31.571 =

Ajuste Enero-Febrero
270 Horas.

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

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

| | |
|---|---|
| **Señor(a):** | KAREN YESENIA TRUJILLO TENJO |
| **No. Identificación:** | CC1030664423 |
| **Dirección:** | CALLE 42 C SUR # 90 A - 13 |
| **Telefono:** | 3781230 |
| **Correo:** | karentrujillo2880@gmail.com |
| **Ciudad:** | BOGOTÁ, D.C. |
| **Número de Planilla:** | 48006640 |

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

| | |
|---|---|
| **Nombre Aportante** | KAREN YESENIA TRUJILLO TENJO |
| **Tipo y número de identificación** | CC1030664423 |
| **Número de planilla** | 48006640 |
| **Fecha pago** | 2021-01-20 |
| **Número de autorización pago** | 897776 |
| **Banco** | 1083 |

| | |
|---|---|
| **Número de Empleados** | 1 |
| **Periodo de Cotización Salud** | enero de 2021 |
| **Periodo de Cotización Pensión** | enero de 2021 |
| **Número de Administradoras** | 3 |
| **Total Pagado** | 281200 |
| **Total Intereses de Mora** | 0 |

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|---|---|---|---|
| 14-23 | POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS | 22200 | 1 |
| 25-14 | Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones | 145400 | 1 |
| EPS008 | Compensar EPS | 113600 | 1 |

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1030664423
APELLIDOS Y NOMBRES: KAREN YESENIA TRUJILLO TENJO

| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS008 | 25-14 | 908526 | 908526 | 908526 | 0 | 113600 | 0 | 145400 | 0 | 22200 | 0 |

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

DIAN
POR UNA COLOMBIA MAS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto: 0 2 Actualización

4. Número de formulario: 14733074769

(415)7707212489984(8020) 000001473307476 9

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|---|
| 1 0 3 0 6 6 4 4 2 3 | 1 | Impuestos de Bogotá | 3 2 | |

## 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 1 3 | 1 0 3 0 6 6 4 4 2 3 | 2 0 1 4 0 4 0 3 |

| Lugar de expedición / 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Bogotá D.C. 1 1 | Bogotá, D.C 0 0 1 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| TRUJILLO | TENJO | KAREN | YESENIA |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Bogotá D.C. 1 1 | Bogotá, D.C. 0 0 1 |

41. Dirección principal: CL 42 C SUR 90 A 13

42. Correo electrónico: karentrujillo2880@gmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 1 1 8 8 9 5 7 8 0 | |

## 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 |
| 8 2 9 9 | 2 0 2 1 0 1 2 2 | | | | | | | |

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 53. Código | 4 | 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

49 - No responsable de IVA

### Obligados aduaneros

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 ☐ 60. No. de Folios: 61. Fecha:

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único 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

985. Cargo

DOCUMENTO SIN COSTO
EN TRAMITE