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 3613 2021 **C.D.P. No.:** 305 **Proceso al que pertenece:** PROCESO ASISTENCIAL ENFERMERIA
**Unidad a la que pertenece:** UNIDAD SANTA CLARA

**Nombre del Contratista:** DANIEL DUVAN BAUTISTA DEAQUIZ **C.C.** 1.013.679.572 **de:** Bogotá D.C

**Fecha Inicio:** 2021-02-19 **Fecha Terminación inicial:** 2021-03-31 **Valor Mensual:** $ 1.542.240 **Valor a cobrar:** $ 1.542.240

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | $ 2.478.600 | 792 | 2021-04-01 | 2021-04-30 |
| 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 | $ 1.542.240 | $ 281.200 | 94156628776 |
| 2 | MARZO | $ 1.597.320 | $ 281.200 | 94158308833 |
| 3 | ABRIL | $ 1.542.240 | $ 281.200 | 94169729?6 |
| 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 |
|---|---|---|---|
| $ 3.481.056 | $ 5.959.656 | $ 4.681.800 | $ 1.277.856 |

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

**Relación de actividades para el periodo:** **Desde:** 2021-04-01 **Hasta:** 2021-04-30

| | OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas 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 programación de agenda acordada con el supervisor del contrato, para el desarrollo de sus actividades. | Informo sobre la evolución y las actividades realizadas con el fin de proporcionar al turno entrante información actualizada y dar continuidad del cuidado de enfermería. | realizo entrega y recibo de turno según protocolo establecido por la institucion informando a mis compañeros actividades realizadas durante mi turno y dejando registro de dichas actividades en la nota de enfermeria unidad de SANTA LUCIA |
| 2 | Controlar los signos vitales de cada uno de los pacientes asignados con la periodicidad requerida según orden médica, orden de Enfermería y protocoló 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. | se realiza toma de signos vitales bajo protocolos establecidos en la institución con elementos de proteccion personal y registro en notas las de enfermeria |
| 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. | informar y preparar paciente para examenes se gun protocolo dejando consignacion en notas de enfermeria |
| 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. | lavado de manos 5 momentos y evidencia listas de chequeo realizadas por la coordinacion |

Escaneado con CamScanner

| | | | |
|---|---|---|---|
| 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 | realizar reportes de eventos adversos por la intranet, y consignacion en la 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 notas de enfermeria según protocolo dejando consignacion de cambios del estado clinico del paciente en las 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. | revision diaria de historia clinica para consignar cambios en nota de enfermeria |
| 8 | Mantener limpio y ordenado la unidad de los pacientes asignados durante el turno. | Realizo inventario por turno y revision mensual de los elementos del carro de paro y se informa estado y faltantes. | arreglo rrecurrente de la unidad dejando consignado en las actividades 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. | revision diaria de historia clinica |
| 10 | Cumplir las normas institucionales de bioseguridad, vigilancia epidemiológica, gestión ambiental, salud ocupacional y demás políticas Institucionales. | Orienta a los pacientes y familiares según sus necesidades | uso adecuado de lentes de proteccion personal según protocolo estabilidad, e informacion sobre adecuada segregacion de residuos a familiares |
| 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 | realizar inventario diario de insumos y elementos del servicio dejando consignado en el respectivo libro |
| 12 | Cumplir con los procesos, procedimientos, guías y demás normas definidas por la entidad, de conformidad con el objeto del contrato. | | cumplir con protocolos establecidos por la institucion con consignacion en listas de chequeo |
| 13 | Asistir a reuniones y capacitaciones programadas por la entidad. | | capacitacion de elementos de proteccion personal con evidencia en listado de asistencia |
| 14 | Realizar la desinfección de manera oportuna de la unidad del paciente de acuerdo a los protocolos institucionales. | | desinfeccion diaria de la unidad con consignacion en Las actividades de enfermeria |
| 15 | Realizar la toma oportuna de las muestras de laboratorio que requieran los pacientes con el fin de agilizar el tratamiento. | | realizar toma de laboratorios y consignar en la nota de enfermeria |
| 16 | Asistir en la alimentación a los pacientes asignados conservando las precauciones establecidas según el caso. | | asistir alimentacion y dejar consignado en las actividades de enfermeria |

**Observaciones:**

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

**Firma del Contratista**

**C.C.** 1.013.679.572 **de** BOGOTÁ D.C

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

Escaneado con CamScanner

aportes en línea

# Planilla Resumen

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante * | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1013679572 | | BAUTISTA DEAQUIZ DANIEL DUVAN | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CRA 4 ESTE No. 55 A - 17 SUR | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 5675157 | No |

**DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION**

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2021-03 | 2021-03 | 941249534 | 9416972926 | I | 2021/04/20 | 2021/04/05 | BANCO DAVIVIENDA | 0 | $281,200 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | PENSION | | | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | | Nombre | ing | ret | tde | tae | tdp | tap | vsp | cor | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct | irl | vip | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Dias | IBC | Aporte | Exonerado SENA e ICBF | Total Aportes |
| 1 | CC | 1013679572 | BAUTISTA DANIEL | | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 30 | $908,526 | $145,400 | EPS008 | 30 | $908,526 | $113,600 | | 0 | $0 | $0 | 14-7 | 30 | $908,526 | $22,200 | 0 | $0 | $0 | No | $281,200 |
| Total | Afiliados( 1) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $908,526 | $145,400 | | | $908,526 | $113,600 | | | $0 | $0 | | | $908,526 | $22,200 | | $0 | $0 | | $281,200 |



2021/03/31 09:39 PM

Escaneado con CamScanner

aportes en línea

# Planilla Resumen

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
| CC 1013679572 | | BAUTISTA DEAQUIZ DANIEL DUVAN | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CRA 4 ESTE No. 55 A - 17 SUR | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 5675157 | No |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2021-03 | 2021-03 | 941249534 | 9416972926 | I | 2021/04/20 | 2021/04/05 | BANCO DAVIVIENDA | 0 | $281,200 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $145,400 | $0 | $0 | $145,400 |
| PORVENIR | 230301 | 800,224,808 | 8 | 1 | $145,400 | $0 | $0 | $145,400 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $22,200 | $0 | $0 | $22,200 |
| SEGUROS BOLIVAR | 14-7 | 860,002,503 | 2 | 1 | $22,200 | $0 | $0 | $22,200 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $113,600 | $0 | $0 | $113,600 |
| COMPENSAR | EPS008 | 860,066,942 | 7 | 1 | $113,600 | $0 | $0 | $113,600 |
| **TOTAL** | | | | **1** | **$281,200** | **$0** | **$0** | **$281,200** |



2021/03/31 09:39 PM

Escaneado con CamScanner

**LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E**

**NIT: 900959051-7**

DEBE A : Daniel Ovan Bautista Deaguiz.

CEDULA: 1013679572 DE Bogotá D.C.

LA SUMA DE : Un millon quinientos cuarenta y dos mil doscientos cuarenta y dos

($ 1'542.240 ).

POR CONECPTO DE : REMUNERACION SERVICIOS TECNICOS O HONORARIOS COMO Auxiliar de enfermeria.

NOMBRE: David Bautista

CEDULA: 1013679572 DE Bogotá DC

TELEFONO: 3045655658

DIRECCION: Dg 62 sur #1 - 67

Escaneado con CamScanner