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

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

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS34572021	**C.D.P. No.:**	305	**Proceso al que pertenece:**	PROCESO ASISTENCIAL/ENFERMERIA
				Unidad a la que pertenece:	UNIDAD SANTA CLARA

Nombre del Contratista:	DARWIN RAMON CASTILLO DEL VALLE	**C.C.**	1.234.890.369	**de:**	SOLEDAD ATLANTICO		
Fecha Inicio:	2021-02-04	**Fecha Terminación incial:**	2021-03-31	**Valor Mensual:**	$ 1.652.400	**Valor a cobrar:**	$ 1.652.400

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 2.478.606	901	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	
2	MARZO	$ 1.652.400	$ 281.200	8833560140
3	ABRIL	$ 1.652.400	$ 281.200	1036428912
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	$ 4.847.040	$ 1.112.616

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 CONDICION DE TECNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERIA, PARA LA EJECUCION 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	PRODUTO 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 proporionar al turno entrante información actualizada y dar continuidad del cuidado de enfermeria	se realiza recibo y entrega de turno y se firma libro entrega de turno y recibo en servicios de san rafael #2
2	Controlar los signos vitales de cada uno de los pacientes asignados con la periodicidad requerida según orden medica, orden de Enfermeria y protocoló institucional, informando al médico y enfermera las alteraciones encontradas y registrandolas en la historia clinica digital	Cumple con los procedimientos y protocolos hospitalarios del servicio, tendientes a promover la recuperacion del paciente	se realiza toma de signos vitales y registros y toma de glucometria en nota de enfermerias
3	Orientar y preparar a los pacientes para examenes diagnostico de acuerdo con los protocolos de manejo y tecnologia requerida. Segun normas establecidas para cada procedimiento.	Deja evidencia cientifica y legal de las actividades ejecutadas	se realiza ronda continua de enfermerias y registra en nota de enfermerias
4	Realizar actividades propias del cuidado de enfermeria 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.	se realiza registro en la carpeta de desinfeccion y hoja de traslado
5	Notificar inmediatamente las acciones inseguras ocurridas a sus pacientes al médico de turno, jefe inmediato y en el sistema de reporte.	Suministro informacion al enfermero para toma de medidas optimas de manejo médico - quirurgico	se informa al jefe de turno sobre cambios en el paciente y se registra nota de enfermerias
6	Informar a la enfermera jefe del servicio y al medico tratante, sobre los cambios del estado clinico de los pacientes en forma oportuna y adecuada.	Da información de facil comprension de los cuidados, ordenes medicas para dar continuidad al tratamiento ambulatorio	se educa al paciente y familiar,segun protocolo institucional , registra en nota de enfermeria
7	Revisar la Historia clinica de los pacientes asignados conociendo su evolución diaria, tratamiento, para realizar el plan de cuidado de enfermeria integral del paciente	Aplico las normas de bioseguridad, se reporta eventos adversos	se reporte eventos adverso al jefe y se realiza reporte en intranet y 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	se realiza protocolo para baño de paciente segun el servicio de san rafael n 2

9	Realizar registros clinicos en forma oportuna, diligenciando todas las variables correctamente y dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999 y mantener organizadas las historias clinicas de acuerdo al Manual y normatividad vigente de la Entidad	Proyecto la logistica requerida para brindar cuidado integral al paciente	se realiza registro de nota de enfermerias deacuerto al manejo del paciente
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	se diligencia formato educacion al paciente y familiar y se deja soporte en historia clinica
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 area donde se encuentre desarrollando las actividades.	Administracion de medicamentos segun teenica	se realiza inventarios de insumos recibidos
12	Cumplir con los procesos, procedimientos, guias y demás normas [illegible]-or la entidad, de conformidad con el objeto del contrato.		se realiza labor en area asignada en san rafael
13	Asistir a reuniones y capacitaciones programadas por la entidad.		lista de asistencia
14	Realizar la desinfeccion de manera oportuna de la unidad del paciente de acuerdo a los protocolos institucionales.		se realiza desinfeccion de camillas areas unidad del paciente
15	Realizar la toma oportuna de las muestras de laboratorio que requieran los pacientes con el fin de agilizar el tratamiento.		se realiza toma de paraclinicos y registra en libros y en nota de enfermerias
16	Asistir en la alimentación a los pacientes asignados conservando las precauciones establecidas segun el caso.		se asiste dieta a paciente que lo requiera, y se deja evidencia en nota de enfermerias

Observaciones:

Se [illegible]ion de pago a Salud, pension y ARL
En caso de tener contrato nuevo se debe anexar tambien la certificacion bancaria con la primera cuenta de cobro

Damir Castillo

Firma del Contratista

C.C. 1.234.890.369 **de** soledad atlantico

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	
CARGO:	
[illegible]A	

C.C. No. 64.733.204 E.P.
Enfermera AP.U

Simple.

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2021-04-13, 09:15:38 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1036428912

Periodo Cotización: marzo de 2021 **Periodo Servicio:** marzo de 2021 **Referencia pago (PIN):** 8833560440

PAGADO 13/04/2021

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	DARWIN RAMON CASTILLO DEL VALLE		
Documento	CC1234890369	**Dirección**	CL 154A #113 B - 11
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3022896979
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	SEGUROS BOLIVAR

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																			Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	NO	P/T	IGE P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1234890369	DARWIN RAMON CASTILLO DEL VALLE	57	00																	0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	$ 908.526	$ 145.400	(EPS005) EPS SANITAS	$ 908.526	$ 113.600	2,436	$ 908.526	$ 22.200	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 281.200

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 908.526	$ 908.526	$ 908.526	$ 0	$ 145.400	$ 113.600	$ 22.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 281.200	$ 0	$ 281.200

Lineas 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!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Protegar el medio ambiente está en nuestras manos.

CUENTA DE COBRO (Consecutivo) No. 4 del Mes de Abril de 2021

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD
CENTRO ORIENTE E.S.E.
Nit. 900.959.051.7

DEBE A:

Nombre: DARWIN RAMON CASTILLO DEL VALLE
C.C. No. 1234890369

La suma de: $ 1'652.400

Total Horas: 180 HORAS

Por concepto de:

- Honorarios por Prestación de Servicios en cumplimiento del Contrato No. PS 3957 2021, correspondiente al mes de ABRIL 2021.

OBJETO: PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES, DE MANERA PERSONAL Y AUTONOMA, EN SU CONDICIÓN DE AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES, EN LOS DIFERENTES SERVICIOS Y EN LAS UNIDADES QUE SE REQUIERA, CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Cordialmente,

Darwin Castillo

C.C. No. 1234890369
Dirección: Cll 15A B # 111 B-13

Teléfono: 3022896979