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

OK

CODIGO: AP-GA-F-014
VERSIÓN: 01
FECHA: 2017-07-07

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: PS4151 2021 **C.D.P. No.:** 750 **Proceso al que pertenece:** HOSPITALIZACION
Unidad a la que pertenece: SAN BLAS

Nombre del Contratista: CARMEN VANESSA RODRIGUEZ NIETO **C.C.** 1018 471 870 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2021-03-23 **Fecha Terminación inicial:** 2021-04-30 **Valor Mensual:** $ 1.920.000 **Valor a cobrar:** $ 1.920.000

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	MARZO	$ 1.920.000		
2				
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
$ 10.944.000	$ 10.944.000	$ 1.920.000	$ 9.024.000

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SUS SERVICIOS DE ACUERDO A SU PERFIL ACADÉMICO PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LOS PROCESOS DE GESTIÓN HOSPITALARIA, URGENCIAS Y QUIRÚRGICAS, CONFORME CON LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. CON DISPONIBILIDAD EN CUMPLIMIENTO DE LA MISIÓN Y LA VISIÓN DE LA MISMA.

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2021/03/23 **Hasta:** 2021-04-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las asignadas en la minuta)	DESCRIPCION DEL DESARROLLO (ACTIVIDADES EJECUTADAS DURANTE LA EJECUCIÓN DEL PERIODO DE CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN)
1	Prestar el servicio de conformidad con la programación de agenda acordada con el supervisor del contrato, para el desarrollo de sus actividades.	Se ejecutaron los servicios en conformidad con la programación que se evidencia en la tabla de turnos designada por el coordinador del servicio de hospitalización
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	Los pacientes asignados, en cada inicio de turno se verifican signos vitales y estabilidad hemodinamica de los mismos, se este esta alterado se informa de inmediato a la jefe del servicio para iniciar protocolos institucionales para normalizar signos vitales de cada paciente asignado, se informa oportunamente a medico especialista de turno, se registra en la historia clinica digital en cada evolucion.
3	Orientar y preparar a los pacientes para exámenes diagnósticos de acuerdo con los protocolos de manejo y tecnología requerida. Según normas establecidas para cada procedimiento.	Se realiza claramente a cada paciente riesgos, complicaciones y la dieutrio para realizacion de ayudas diagnosticas a realizar, de acuerdo con los protocolos de manejo y tecnologia de la institucion
4	Realizar actividades propias del cuidado de enfermería previniendo acciones inseguras en la prestación de servicios de salud.	Se mantiene supervision de actividades realizadas por servicio de enfermera dando oportuna respuesta si se realizan acciones inseguras en la prestacion del servicio de salud, corrigiendolas de forma oportuna y adecuada y reportandolas a especialista de turno
5	Notificar inmediatamente las acciones inseguras ocurridas a sus pacientes al médico de turno, jefe inmediato y en el sistema de reporte.	Se notifica inmediatamente a especialista de turno, jefe de turno de acciones inseguras suscitadas, y se realiza inmediato reporte en la Historia clinica del paciente como segun corresponda
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.	Se notifica inmediatamente a especialista de turno, jefe de turno cambios del estado clinico de los pacientes asignados de forma oportuna, y se realiza inmediato reporte en la Historia clinica del paciente como segun corresponda
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.	De ingreso a turno se realiza una adecuada revision de cada historia clinica de cada paciente asignado, posteriormente se realiza una evolucion diaria en el sistema conforme a su plan de tratamiento y el plan integral para el cuidado del paciente por el servicio de enfermeria

8	Mantener limpio y ordenado la unidad de los pacientes asignados durante el turno	Se realiza adecuado uso de elementos de cada paciente asignado durante el turno para mantener limpio y ordenado.
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	Registros de historia clínica electrónica en el sistema de información Dinámica Gerencial Hospitalario, firmadas con las credenciales del especialista de turno, firmando con mi nombre y cargo en cada encabezado de evolución de la historia clínica, y adicional otras firmadas electrónicamente con mis credenciales (usuario y contraseña)
10	Cumplir las normas institucionales de bioseguridad, vigilancia epidemiológica, gestión ambiental, salud ocupacional y demás políticas Institucionales	Cumplo anualmente los protocolos y normas establecidas por la subred para dar conformidad a vigilancia epidemiológica, gestion ambiental, salud ocupacional y resto de políticas institucionales como se propone.
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.	Durante el desarrollo de mis actividades, cumplo adecuadamente con la conservacion adecuada de todos los equipos dispuestos en la unidad, ademas guardo cumplimiento para el cuidado de la infraestructura del servicio donde realizo mis actividades propuestas.
12	Cumplir con los procesos, procedimientos, guías y demás normas definidas por la entidad, de conformidad con el objeto de contrato	Se cumple adecuadamente con todos los protocolos, procesos, guias y normas establecidas por la institucion para llevar a cabo mis adecuado uso de ellos con cada paciente asignado
13	Asistir a reuniones y capacitaciones programadas por la entidad	Una vez se realicen dichas reuniones participare activamente de las mismas.
14	Realizar la desinfección de manera oportuna en la unidad del paciente de acuerdo a los protocolos institucionales.	No realizo desinfeccion de la unidad del paciente, a no ser que realice algun procedimiento invasivo a cargo de mis funciones
15	Realizar la toma oportuna de las muestras de laboratorio que requieren los pacientes con el fin de agilizar el tratamiento.	No realizo toma de muestras de laboratorio, la realiza enfermera encargada de ello, mas sin embargo se hace bajo supervision.
16	Asistir en la alimentación a los pacientes asignados conservando las precauciones establecidas según el caso.	No asisto en la alimentacion de los pacientes, solo si el paciente tiene nutricion parenteral o enteral, dando conformidad en laboratorio clinico y formulacion adecuada para su preparacionamiento eficaz.
17	Realizar el control de líquidos administrados y eliminados registrando en forma oportuna y adecuada los resultados de acuerdo al protocolo institucional	Realizo control de liquidos administrados y eliminados dando cabalidad a lo reportado por cada enfermera en las historia de registro de los mismos, asi reglamentado en cada evolucion como correspondo de cada paciente asignado y realizando el calculo de cada variable correspondiente a este control de acuerdo al protocolo institucional.
18	Portar el uniforma diseñado en cuenta las normas higiene y bioseguridad de la Subred.	Cada turno porto el uniforme dado por la institucion previamente asignado con todas las normas de higiene y bioseguridad de la subred.
19	Ofrecer trato con calidez y calidad al paciente y la familia, dando una atención humanizada conservando el respeto por la dignidad humana.	Durante el proceso de atencion se realizo un trato adecuado con calidez y calidad tanto al paciente y a familiares, proporcionando atencion humanizada y conservando el respeto por la dignidad humana como se le designan sus derechos.
20	Impartir educación al paciente ya la familia sobre los cuidados específicos a tener en casa de acuerdo a la situación clínica del paciente	Se explica claramente cuando es necesario a familiares y a pacientes sobre los cuidados especificos para una decuada evolucion de su patologia y segun situacion clinica en la que se encuentre, para brindar una mayor estabilidad emocional y fisica para su adecuada evolucion.
21	Mantener la reserva de la información clínica y personal de los pacientes	Se mantiene conforme lo exigida la norma de Historia clinica, la reserva de la informacion del estado de cada paciente asignado.
22	Ejercer las actividades propias de la formación técnica de conformidad con las normas y/o reglamentos de acuerdo al objeto contractual y las necesidades del servicio	Se ejercieron cada una de las actividades propias designadas en los reglamentos contractuales y segun las necesidades del servicio asi propuestas

Observaciones:	Firma del Contratista
Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL En caso de ser contrato nuevo se debe anexar también la certificación bancaria con la persona cuenta de cobro	C.C. 1.018.471.870 de BOGOTÁ

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	Edgar Jose Herrera.
CARGO:	Lider Cal HES Sur Blq
FIRMA	

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14746421788

(415)7707212489984(8020) 000001474642178 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 1 0 1 8 4 7 3 8 7 0 | 6. DV 7

12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá 3 2

14. Buzon electrónico

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente: Persona natural o sucesión ilíquida 2

25. Tipo de documento: Cédula de Ciudadanía 1 3

26. Número de Identificación: 1018473870

27. Fecha expedición: 2013/02/11

Lugar de expedición: COLOMBIA

28. País 1 6 9

29. Departamento: Bogotá D.C. 1 1

30. Ciudad/Municipio: Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido: RODRIGUEZ

32. Segundo apellido: NIETO

33. Primer nombre: CARMEN

34. Otros nombres: VANESSA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País: COLOMBIA 1 6 9

39. Departamento: Bogotá D.C. 1 1

40. Ciudad/Municipio: Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal: CR 110 C 88 30

42. Correo electrónico: vanessarodriguez95@hotmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1: 4 4 2 9 0 4 2

45. Teléfono 2: 3 2 1 3 9 6 4 8 1 1

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
5 6 2 1	2019/02/05						

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 2 0

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 - 09 / 21 : 43: 21

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: RODRIGUEZ NIETO CARMEN VANESSA

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 09-03-2021 09:45:03PM

DOCUMENTO SIN COSTO CERTIFICADO

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NUMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCION	TELEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1018473570	Carmen Vanessa Rodriguez Nieto		Carrera 116 C # 69-30	6429042	[illegible]	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	I - Independiente			BOGOTÁ, D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2021-02	2021-02	I	08/03/2021	40188226	$1.602.000	

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE						INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				APORTES CCF			PARAFISCALES					
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Extranjero	Exterior	Colombiano en el Exterior	Cotizante Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC-LR	Días Cotizados	Cod. AFP	IBC AFP	Cotizante	Valor total a Afiliado	Valor total Aportes	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cod. EPS	IBC EPS	Cotizante - Valor UPC	Cod. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC	1018473570	RODRIGUEZ NIETO CARMEN VANESSA	NO	X		NO														30	230301	$ 414.000	660.000	8	0	22.100	22.100	230301	$ 414.000	607.000	14-11	$ 246.000	1	122.200		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NUMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1018473870	Carmen Vanessa Rodriguez Nieto	Carrera 110 C # 80-30	4429043	vanessarodriguez20@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	1 - Independiente		BOGOTÁ, D.C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NUMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2021-02	2021-02	1	08/03/2021	49188226	$1.602.000	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	627.000	0		0		0	0	0	0	627.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	802.800	0	0	25.100	25.100	0	0		852.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	860811760-5	122.200				122.200	0	0	122.200			1.222	123.200	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	627.800	627.000
Pensión	1	802.800	852.800
Riesgos Laborales	1	122.200	122.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.602.000	1.602.000

PAGADA

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