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 3391 2021	C.D.P. No.:	305	Proceso al que pertenece:	PROCESO ASISTENCIAL/ENFERMERIA
				Unidad a la que pertenece:	UNIDAD SANTA CLARA
Nombre del Contratista:	SANDRA MILENA ROJAS BAQUERO			C.C. 52.829.402	de: BOGOTA
Fecha Inicio:	2021-02-04	Fecha Terminación inicial:	2021-03-31	Valor Mensual: $ 2.203.200	Valor a cobrar: $ 2.203.200

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 2.478.600	792	2021-01-04	2021-04-30
2	$ 3.304.800	1224	2021-01-05	2021-06-15
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
22				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	ENERO	$ 0	$ 0	0
2	FEBRERO	$ 1.817.640	$ 281.200	834806899
3	MARZO	$ 1.982.880	$ 281.200	8348698773
4	ABRIL	$ 2.313.360	$ 281.200	8349403651
5	MAYO	$ 2.203.200	$ 281.200	50075976
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
22				

Resumen de contrato	VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
	$ 4.406.400	$ 10.189.800	$ 8.317.080	$ 1.872.720

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: 2021-05-01 Hasta: 2021-05-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUTO O EVIDENCIA
1	indentificar las infecciones asociadas a la atencion en salud	Informo sobre la evolución y las actividades realizadas con el fin de proporionar al turno entrante información actualizada y dar continuidad del cuidado de enfermería.	SE RECIBE TURNO EN URGENCIAS UNIDAD DE BAHIAS Y SE FIRMA LIBRO
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 CONTROL Y REGISTRO DE SIGNOS VITALES A HORARIO EN NOTA DE ENFERMERIA ESCRITA
3	participar en las investigaciones de brotes y efectuar notificaciones inmediatas obligatorias de infecciones intrahospitalarias en caso de confirmacion y ejecucion de las intervenciones requeridas	distribuir los pacientes las actividaes especificas del servicio que deben desarrollar de acuerdo con el plan de cuidado del paciente	SEGÚN LA ASIGNACION DE PACIENTES SE REALIZAN LAS ACTIVIDADES, SE VERIFICAN GOTEO DE LIQUIDOS, VENOPUNCION Y TOMA DE PARACLINICOS
4	velar por el cumplimiento de la normatividad institucional local y nacional respecto a IAAS	promover la recuperacion del paciente	SE REALIZAN RONDAS DE ENFERMERIA VERIFICANDO EL ESTADO DEL PACIENTE
5	analizar la informacion del comportamiento de IAAS unto con infectologia a las espacialidades involucadas en los casos	tener en cuenta las ordenes medicas, evolucion y reportes diagnosticos para valorar la evolucion del paciente y garantizar integridad en el manejo de la informacion	SE REALIZAN LOS PROCEDIMIENTOS SEGÚN ORDENES MEDICAS
6	participa en la vigilancia de los protocolos o guias de procedimientos y normas de bioseguridad	deja constancia cientifica y legal de lo actuado	SE HACEN NOTAS DE ENFERMERIA DE FORMA ESCRITA
7	participa en los procesos de capacitacion por el personal de la institucion	consolidar la proteccion de la unidad y las especialidades	ASISTO A CAPACITACIONES SEGÚN PROGRAMACION DE LA INSTITUCION
8	Asistir a reuniones mensuales y extraordinarias cuando sean necesarias y sean programadas por la entidad.	asistir a las reuniones mensuales y extraordinarias cuando sea necesario	SI, CUANDO ME CITAN SI
9	realizar registro y el envio oportuno de los informes solicitados porla institucion u o entidad	para el desarrollo y formacion del recurso humano en salud	SE VERIFICA HISTORIA CLINICA Y SE REALIZAN NOTAS DE ENFERMERIA DINAMICA
10	notificar los sucesos de calidad que se presentan en el servicio	mejoramiento continuo de la calidad de la atencion del paciente	EN CASO DE QUE HAYA UN SUCESO SE REPORTA A SEGURIDAD AL PACIENTE POR LOS MEDIOS ESTABLECIDOS
11	participar en los analisis a los que sea convocados	promover procesos de mejoramiento continuo	DAR EDUCACION AL FAMILIAR Y AL PACIENTE SGUN PROTOCOLOS INSTITUCIONALES
12	acompañar y observar la implementacion de las acciones de mejora definidas por los diferentes servicios	realizar los pedidos con oportunidad y suficiencia velar por el uso racional de los insumos	HACER BUEN USO DE LOES ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL
13	participar en la elaboracion y actualizacion de los manuales de normas procedimientos y protocolos asistenciales del area	unificar criterios en el desarrollo de las actividades	VERIFICAR Y CUMPLIR CON EL BUEN FUNCIONAMIENTO DE LOS PROTOCOLOS INSTITUCIONALES
14	mantener la reserva de la informacion	conocer y plantear nuevas alternativas de diagnosticos y manejos de pacientes	CONFIDENCIALIDAD DEL DIAGNOSTICO DEL PACIENTE
15	informar al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte al cumplimiento de sus obligaciones	velar por el seguimiento de las normas de bioseguridad salud ocupacional gestion ambiental y calidad	AVISAR SOBRE LOS FALTANTES DE ELEMENTOS DE PROTECCION

16	Asistir al comité institucional y tecnico distrital de infecciones intrahospitalarias	ASISTIR A CAPACITACIONES QUE NOS PROGRAMEN

Observaciones:	Sandra Rojas **Firma del Contratista**
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	C.C. 52.829.402 de BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	NINI JOHANNA ALVAREZ RIVERA
CARGO:	ENFERMERA
FIRMA	Enfermera Profesional RUM 0125

PLANILLA DE APORTES

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52829402	SANDRA MILENA ROJAS BAQUERO		CR 9 ESTE # 30 - 11 CASA 107	3679197	rojassandra525@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	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	
2021-04	2021-04	I	04/05/2021	50075976	$281.200	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	113.600	0		0		0	0	0	0	113.600	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	145.400	0	0	0	0	0	0		145.400	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										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	22.200				22.200	0	0	22.200			222	22.200	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	113.600	113.600
Pensión	1	145.400	145.400
Riesgos Laborales	1	22.200	22.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	281.200	281.200

COPIA

240

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

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

NIT: 900959051-7

DEBE A : Sandra Milena Rojas Baquero

CEDULA: 52829402 DE Bogotá

OPS 3391 2021

LA SUMA DE : dos millones doscientos, tres mil doscientos pesos

($ 2'203.200).

POR CONECPTO DE : REMUNERACION SERVICIOS TECNICOS O HONORARIOS COMO Aux de Enfermería.

NOMBRE: Sandra Milena Rojas Baquero.

CEDULA: 52829402 DE Bogotá

TELEFONO: 3015625467

DIRECCION: Cra 9 este 29-11 Sur Casa 107