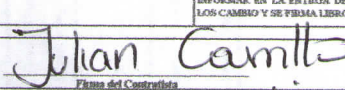
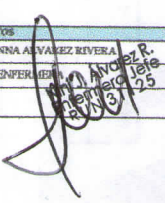


SECRETARÍA DE SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.				SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. APOYO - GESTIÓN DE INSURIMOS Y ABASTECIMIENTO FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO				CÓDIGO: AP-14-IT-004 VERSIÓN: 02 FECHA: 2009-05-04	
1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO									
No. CONTRATO - OPS:		PS 3730 2020	C.D.P. No.:		10	Proceso al que pertenece:		PROCESO ASISTENCIAL/ENFERMERIA	
Nombre del Contratista:		JULIAN FELIPE CARRILLO DELGADO				C.C.:		1.031.182.486	
Fecha Inicio:		2020-03-10	Fecha Terminación Indef:		2020-07-31	Valor Mensual:		\$ 3.600.538	
						Valor a cobrar:		\$ 3.600.538	
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									
Nº CTA		MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA				
1	ENERO	\$ 0	\$ 0	0					
2	FEBRERO	\$ 0	\$ 0	0					
3	MARZO	\$ 2.984.220	\$ 0	0					
4	ABRIL	\$ 2.984.220	\$ 370.100	41891615					
5	MAYO	\$ 2.600.318	\$ 370.100	42891615					
6	JUNIO								
7	JULIO								
8	AGOSTO								
9	SEPTIEMBRE								
10	OCTUBRE								
11	NOVIEMBRE								
12	DICIEMBRE								
13									
14									
Resumen de contrato		VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO		PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO			
		\$ 15.703.628	\$ 15.703.628		\$ 9.648.979	\$ 6.854.649			
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 ENFERMERA PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LOS PROCESOS DE GESTIÓN HOSPITALARIA, URGENCIAS U QUIRÚRGICAS, CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE LA SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.									
Evaluación de actividades para el periodo:		Desde	2020-03-01	Hasta	2020-05-11				
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la oferta)		TEMAS ESPECÍFICOS DEL DESARROLLO DE LA ACTIVACIÓN							
		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERÍODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN				PRODUCTO O EVIDENCIA			
1	Identificar las infecciones asociadas a la atención en salud.	Informar la evolución clínica, las actividades realizadas y las pendientes, el estado de los equipos, el nivel de existencias de insumos, el inventario del servicio y del curso de paro, los traslados, ingresos, salidas, fallecidos y demás relacionados, con el fin de proporcionar al tiempo oportuno la información necesaria para la continuidad del plan.				RECIBO TURNO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS BARRIAS Y SE FIRMA LIBRO			
2	Investigar el tipo de infección, agente etiológico, factores de riesgo para iniciar acciones de control, identificar y emitir alertas epidemiológicas para direccionar medidas de control inmediatas, documentación de las acciones.	De acuerdo con la patología, la evolución y las ordenes médicas para definir la que se debe ejecutar.				REALIZAR PLAN DE CUIDADO DE CADA PACIENTE			
3	Participar en la investigación de brotes y efectuar notificación inmediata y obligatoria de infecciones intrahospitalarias en caso de confirmación y ejecución de las intervenciones requeridas.	Distribuir los pacientes y las actividades específicas del servicio que deben desarrollarse de acuerdo con el plan de cuidados de cada paciente.				ASIGNAR ACTIVIDADES AL PERSONAL A CARGO			
4	Velar por el cumplimiento de la normatividad institucional, local y nacional respecto a LAAS.	Promover la recuperación del paciente.				TRAMITAR EGRESO Y SOBRESO PACIENTES A FUSO			
5	Analizar la información del comportamiento de LAAS junto con Infectología o las especialidades involucradas en el manejo de los casos.	Tomar en cuenta las ordenes médicas, la evolución y los reportes diagnósticos para valorar la evolución del paciente y garantizar integridad en el manejo de la información.				REVISIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS Y ACTUALIZACIONES DE KARENEX Y TARJETAS DE MEDICAMENTOS			
6	Participar en la vigilancia del cumplimiento de los protocolos o guías de procedimientos y normas de bioseguridad.	Dejar constancia científica y legal de lo actuado.				ASISTIR A CAPACITACIONES PROGRAMADAS POR LA INSTITUCIÓN SEGÚN PROGRAMACIÓN			
7	Participar en los procesos capacitación para el personal de la institución.	Coordinar la producción de la unidad y las especialidades.				COORDINAR TRASLADOS DE LOS PACIENTES			
8	Asistir a las reuniones mensuales ordinarias y extraordinarias cuando sea necesario.	Asistir a las reuniones mensuales ordinarias y extraordinarias cuando sea necesario.				UTILIZAR Y VERIFICAR EL CORRECTO USO DE LOS EPP			
9	Realizar el registro y el envío oportuno de los informes solicitados por la institución u otras entidades.	Para el desarrollo y flexibilidad del recurso humano en salud.				REPORTE Y NOTIFICACIÓN DE EVENTOS EN SALUD			
10	Notificar los sucesos de calidad que se presenten en el servicio.	Mejoramiento continuo de la calidad de la atención del paciente.				ASISTIR A ESTUDIOS DE CASO			
11	Participar en los análisis a los que son convocados.	Promover procesos de mejoramiento continuo.				CONTROL Y USO RACIONAL DE LOS INSUMOS			
12	Acompañar y observar la implementación de las acciones de mejora definidas para los diferentes servicios.	Realizar los pedidos con oportunidad y eficiencia, velar por el uso racional de los insumos.				INFORMAR SOBRE EL ESTADO DE SALUD DEL PACIENTE AL MÉDICO			
13	Participar en la elaboración y actualización de los manuales de normas, procedimientos y protocolos asistenciales del área.	Utilizar criterios en el desarrollo de las actividades.				ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS SEGÚN LOS CORRECTOS			
14	Mantener la reserva de la información.	Conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico y manejo de los pacientes.				RESPECTAR LA INTIMIDAD DEL PACIENTE SEGÚN SU DIAGNÓSTICO			
15	Informar al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de sus obligaciones.	Velar por el cumplimiento de las normas de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad.				DESINFECTAR E INVENTARIAR DEL CARGO DE PABO			
16	Asistir al Comité Institucional y técnico Distrital de infecciones intrahospitalarias.					INFORMAR EN LA ENTREGA DE TURNO LOS CAMBIOS Y SE FIRMA LIBRO			
Observaciones:									
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						<div style="text-align: right;">  Firma del Contratista C.C. 1.031.182.486 de Bogotá </div>			
VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS									
NOMBRE:		NIRLOHANNAA YAREZ RIVERA							
CARGO:		ENFERMERA							
FIRMA:									

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
2020-05	2020-05	PERIODO SALUD	21/05/2020	42815815	1	0
					TOTAL A PAGAR	
					\$214.600	

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO
CC	1031182486	JULIAN FELIPE CARRILLO DELGADO		carrera 32 # 42- 56 sur		
FORMA PRESENTACION	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
UNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D.C.		
NO		EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD				

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD									
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		No. Autorización		No. Afiliados
					Licencia Maternidad	Valor	Valor	No. Autorización	
EP9005	Sanitas EPS	800251440-6		0					1

TOTALES PENSIÓN									
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Substitución	Días Mora	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0		0	0	0	0	0	1

TOTALES RIESGOS LABORALES									
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros	Valor Neto	Días Mora	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor				
14-7	Seguros Bolívar S.A.	860002503-2	29.200				29.200	0	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
0	0	0	0	0
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
0	0	0	0	0
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA				
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar	
Salud	1	149.500	149.500	
Pensión	1	35.900	35.900	
Riesgos Laborales	1	29.200	29.200	
CCF	0	0	0	
ESAP	0	0	0	
ICBF	0	0	0	
MEN	0	0	0	
SENA	0	0	0	
TOTALES	3	214.600	214.600	

JOE 222hrs



TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1031162496	JULIAN FELIPE GARCILLO DELGADO	carrera 32 # 42- 56 sur	3047819	julio61199@hotmail.com
FORMA REPRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	DÉBITO	DEPARTAMENTO	Ciudad / Municipio
UNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.

PLANILLA ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO PLANILLA (DÍAS/MES/AÑO)	N	DATOS DE LA PLANILLA
42815815	21/05/2020	PERIODO SALUD	2020-05	N	42951747
CANTIDAD					EMPLEADOS
TOTAL A PAGAR					1
UPC					0
TOTAL A PAGAR					\$50.100

TOTALES POR SUBSISTEMAS

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades	Licencia Maternidad	Días Mora	Valor Mora	Cotización	Valor UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
EP6006	Santitas EPS	00251440-6	34.900	0			0	0	0	0	34.900	1

TOTALES PENSIÓN													
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsidencia	Días Mora	Valor Mora	Cotización	Valor FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)		800229739-0	8.400	0	0	0	0	0	0	0	8.400	1

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades	Aportes Otros	Valor Neto	Días Mora	Valor Mora	Subtotal	No. Radicados	Valor Saldo a Favor	Fondo	Total a Pagar	No. Afiliados
14-7	Saguros Bolívar S.A.	860002503-2	6.800				0	0	6.800		6.800	68	6.800	1

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

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

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRR y Mora	Total a Pagar
Salud	1	34.900	34.900
Pensión	1	8.400	8.400
Riesgos Laborales	1	6.800	6.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	50.100	50.100