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 3383 2021 | C.D.P. No.: | 305 | Proceso al que pertenece: | PROCESO ASISTENCIAL/ENFERMERIA |
| | | | | Unidad a la que pertenece: | UNIDAD SANTA CLARA |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nombre del Contratista: | MARIA GRACIELA OSORIO CORREA | C.C. | 52.202.457 | de: | BOGOTA | | |
| Fecha Inicio: | 2021-02-05 | Fecha Terminación incial: | 31/03/2021 | Valor Mensual: | $ 3.264.000 | Valor a cobrar: | $ 3.264.000 |

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | $ 4.590.000 | 792 | 2021-01-04 | 2021-04-30 |
| | $ 4.896.000 | 1224 | 2021-01-05 | 2021-06-15 |

| Nº CTA | MES DE CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR | VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL | NÚMERO DE PLANILLA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | ENERO | $ 0 | $ 0 | 0 |
| 2 | FEBRERO | $ 2.856.000 | $ 358.400 | 48263705 |
| 3 | MARZO | $ 2.856.000 | $ 358.400 | 4891951 |
| 4 | ABRIL | $ 3.060.000 | $ 358.400 | 49632865 |
| 5 | MAYO . | $ 3.264.000 | $ 358.400 | 50296103 |

| Resumen de contrato | VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|---|
| | $ 6.446.400 | $ 15.932.400 | $ 12.036.000 | $ 3.896.400 |

## 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 ENFERMERA PARA LA EJECUCION DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LOS PROCESOS DE GESTION HOSPITALARIA , URGENCIAS U QUIRURGICOS ,CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVIOCIOS DE LA SALUD CENTRO ORIENTE 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 | Identificar las infecciones asociadas a la atención en salud. | Informar la evolucion clinica, las actividades realizadas y las pendientes, el estado de los equipos, el nivel de existencias de insumos, el inventario del servicio y del carro de paro, los traslados, ingresos, relaciones familia-paciente y demas relacionadas, con el fin de proporcionar al turno entrante la informacion necesaria para la continuidad del plan. | RECIBO TURNO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS EN CAMILLAS 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 médidas de control inmediato, documentación de las acciones. | De acuerdo con la patologia, la evolucion y las ordenes medicas para definir lo 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 especificas del servicio que deben desarrollar de acuerdo con el plan de cuidados de cad paciente. | ASIGNAR ACTIVIDADES AL MPERSONAL A CARGO |
| 4 | Velar por el cumplimiento de la normatividad Institucional, local y nacional respecto a IAAS. | Promover la recuperacion del paciente. | TRAMITAR INGRESO Y EGRESO PACIENTES A PISO |
| 5 | Analizar la información del comportamiento de IAAS junto con Infectología o las especialidades involucradas en el manejo de los casos. | Tener en cuenta las ordenes medicas, la evolusion y los reportes diagnosticos para valorar la evolucion del paciente y garantizar integralidad en el manejo de la informacion. | REVISION DE HISTORIAS CLINICAS Y ACTUALIZACION DE KARDEX Y TARJETAS DE MADICAMENTOS |
| 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 INSTITUCION SEGÚN PROGRAMACION |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 7 | Participar en los procesos capacitación para el personal de la institución. | Consolidar la produccion 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 formacion del recurso humano en salud. | REPORTE Y NOTIFICACION DE EVENTOS EN SALUD |
| # | Notificar los sucesos de calidad que se presenten en el servicio. | Mejoramiento continuo de la calidad de la atencion del paciente. | ASISTIR A ESTUDIOS DE CASO |
| # | Participar en los análisis a los que sea convocados. | Promover procesos de mejoramiento continuo. | CONTROL Y USO RACIONAL DE LOS INSUMOS |
| # | Acompañar y observar la implementación de las acciones de mejora definidas para los diferentes servicios. | Realizar los pedidos con oportunidad y suficiencia, velar por el uso racional de los mismos. | INFORMAR SOBRE EL ESTADO DE SALUD DEL PACIENTE AL MEDICO |
| # | Participar en la elaboración y actualización de los manuales de normas procedimientos y protocolos asistenciales del área. | Unificar criterios en el desarrollo de las actividades. | ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS SEGÚN LOS CORRECTOS |
| # | Mantener la reserva de la información. | Conocer y plantear nuevas alternativas de diagnostico y manejo de los pacientes. | RESPETAR LA INTIMIDAD DEL PACIENTE SEGÚN SU DIAGNOSTICO |
| # | Informar al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de sus obligaciones. | Velar por el seguimiento de las normas de bioseguridad, salud ocupacional, gestion ambiental y calidad. | DESINFECCIO E INVENTARIO DEL CARRO DE PARO |
| # | Asistir al Comité Institucional y técnico Distrital de infecciones intrahospitalarias. | | INFORMAR EN LA ENTRGA DE TURNO LOS CAMBIO Y SE FIRMA LIBRO |

| | |
|---|---|
| Observaciones: | María G Osorio<br>Firma del Contratista |
| Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL.<br>En caso de tener contrato nuevo se debe anexar también la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro | C.C. 52.202.457 de |

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS | |
|---|---|
| NOMBRE: | NINI JOHANNA ALVAREZ RIVERA |
| CARGO: | ENFERMERA |
| FIRMA | Nini Johanna Alvarez Rivera<br>Enfermera Profesional<br>RUN 20125 |

compensar | miplanilla.com

**CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL**

Se certifica que **maria graciela osorio correa**, identificada con **CC** número **52202457**, aportó por el empleado **maria graciela osorio correa**, identificado(a) con **CC** número **52202457** por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social, mediante tipo de planilla **I** número **50296103** para el periodo de salud **2021-04** y pensiones **2021-04** de la siguiente forma.

| TIPO | CODIGO | NOMBRE | NIT | COTIZANTE | SUBTIPO | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AYP | VCT | IRP | CORRECCIÓN | DÍAS | IBC | TARIFA APORTE | CLASE RIESGO | INDICA TARIFA PENSIÓN | COTIZACIÓN Y/O APORTE | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | PERIODO | NÚMERO DE PLANILLA | FECHA DE PAGO | EXONERACIÓN |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Riesgos Laborales | 14-11 | ARL SURA | 890903790 | 59 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | 30 | $1.158.000 | 0,02436 | 3 | | $28.300 | $0 | $0 | Abril - 2021 | 50296103 | 06/05/2021 | N |
| Salud | EPS008 | Compensar EPS | 860066942 | 59 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | 30 | $1.158.000 | 0,12500 | | | $144.800 | $0 | $0 | Abril - 2021 | 50296103 | 06/05/2021 | N |
| Pensiones | 230201 | Proteccion (ING + Proteccion) | 800229739 | 59 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | 30 | $1.158.000 | 0,16000 | | | $185.300 | $0 | $0 | Abril - 2021 | 50296103 | 06/05/2021 | N |

Jefe
192

El presente certificado se expide a los 14 días del mes Mayo de 2021

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 : MARIA CECILIA OSORIO CORREA.

CEDULA: 52202457 DE BOGOTA'

PS: 3383 2021

LA SUMA DE : TRES MILLONES DOSCIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL

($ 3.264.000 ).

POR CONECPTO DE : REMUNERACION SERVICIOS TECNICOS O HONORARIOS COMO ENFERMERA DEFE.

NOMBRE: MARIA CECILIA OSORIO CORREA.

CEDULA: 52202457 DE BOGOTA

TELEFONO: 3138485445

DIRECCION: Calle 59 SUR # 65-31