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**

**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 incial: | 2021-03-31 | Valor Mensual: | $ 2.313.360 | Valor a cobrar: | $ 2.313.360 |

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | $ 2.478.600 | 792 | 2021-04-01 | 2021-04-30 |
| 2 | $ 3.304.800 | 1224 | 2021-01-05 | 2021-06-15 |
| 3 | $ 4.406.400 | 1777 | 2021-06-16 | 2021-08-15 |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |
| 14 | | | | |
| 22 | | | | |

| Nº CTA | MES DE CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR | VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL | NÚMERO DE PLANILLA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | | | | |
| 2 | FEBRERO | $ 1.817.640 | $ 281.200 | 8348062899 |
| 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 | JUNIO | $ 2.313.360 | $ 281.200 | 8350729694 |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |
| 22 | | | | |

| Resumen de contrato | VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|---|
| | $ 4.406.400 | $ 14.596.200 | $ 10.630.440 | $ 3.965.760 |

## 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: 2021-06-01 Hasta: 2021-06-30

| | OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta) | DESCRIPCION 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 URGENCIAS EN EL SERVICIO DE INGRESOS 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 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. | SE TOMAN SIGNOS Y SE REGISTRAN EN DINAMICA DEL LOS PACIENTES EN EL SERVICIO DE INGRESOS |
| 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. | SEGÚN LA ASIGNACION DE PACIENTES SE REALIZAN LAS ACTIVIDADES SE VERIFICA GOTEO DE LIQUIDOS VENOPUNCIONES Y TOMA DE LABORATORIOS EN EL SERVICIO DE INGRESOS |
| 4 | Velar por el cumplimiento de la normatividad Institucional, local y nacional respecto a IAAS. | Promover la recuperacion del paciente. | SE HACEN RONDAS VERIFICANDO EL ESTADO DEL PACIENTE EN EL SERVICIO DE INGRESOS |
| 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. | SE REALIZAN PROCEDIMIENTOS SEGÚN ORDENES MEDICAS EN EL SERVICIO DE INGRESOS |
| 6 | Participar en la vigilancia del cumplimiento de los protocolos o guías de procedimientos y normas de bioseguridad. | Dejar constancia cientifica y legal de lo actuado. | SE HACEN NOTAS DE ENFERMERIA Y SE REGISTRAN EN DINAMICA |
| 7 | Participar en los procesos capacitación para el personal de la institución. | Consolidar la produccion de la unidad y las especialidades. | ASISTO A CAPACITACIONES SEGÚN PROGRAMACION DE LA INSTITUCION |
| 8 | Asistir a las reuniones mensuales ordinarias y extraordinarias cuando sea necesario. | Asistir a las reuniones mensuales ordinarias y extraordinarias cuando sea necesario. | SE EVIDENCIA ASISTENCIA EN LISTAS DE ASISTENCIA |
| 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. | SE VERIFICA H.C Y SE REALIZAN NOTAS DE ENFERMERIA EN DINAMICA |
| 10 | Notificar los sucesos de calidad que se presenten en el servicio. | Mejoramiento continuo de la calidad de la atencion del paciente. | EN CASO QUE HAYA UN SUCESO SE REPORTA A SEGURIDAD AL PACIENTE POR LOS MEDIOS ESTABLECIDOS |
| 11 | Participar en los análisis a los que sea convocados. | Promover procesos de mejoramiento continuo. | DAR EDUCACION AL FAMILIAR Y EL PACIENTE SEGÚN PROTOCOLOS INSTITUCIONALES |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 12 | 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. | HACER BUEN USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL |
| 13 | 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. | VERIFICAR Y CUMPLIR CON EL BUEN FUNCIONAMIENTO DE LOS PROTOCOLOS INSTITUCIONALES |
| 14 | Mantener la reserva de la información. | Conocer y plantear nuevas alternativas de diagnostico y manejo de los pacientes. | CONFIDENCIALIDAD DEL DIAGNOSTICO DEL PACIENTE |
| 15 | 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. | AVISAR SOBRE LOS FALTANTES DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL |
| 16 | Asistir al Comité Institucional y técnico Distrital de infecciones intrahospitalarias. | | ASISTIR A CAPACITACIONES QUE NOS PROGRAMEN |

| | |
|---|---|
| Observaciones: | Sandra Rojas<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. 52.829.402 de |

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS | |
|---|---|
| NOMBRE: | NINI JOHANNA ALVAREZ RIVERA |
| CARGO: | ENFERMERA |
| FIRMA | Nini Johanna Alvarez R. Enfermera Profesional RM 311... F.I.A.A. |

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

**Señor(a):** SANDRA MILENA ROJAS BAQUERO
**No. Identificación:** CC52829402
**Dirección:** CR 9 ESTE # 30 - 11 CASA 107
**Telefono:** 3679197
**Correo:** rojassandra525@gmail.com
**Ciudad:** BOGOTÁ, D.C.
**Número de Planilla:** 8350729694

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

| | |
|---|---|
| **Nombre Aportante** | SANDRA MILENA ROJAS BAQUERO |
| **Tipo y número de identificación** | CC52829402 |
| **Número de planilla** | 8350729694 |
| **Fecha pago** | 2021-06-08 |
| **Número de autorización pago** | 20126203 |
| **Banco** | 1023 |

| | |
|---|---|
| **Número de Empleados** | 1 |
| **Periodo de Cotización Salud** | mayo de 2021 |
| **Periodo de Cotización Pensión** | mayo de 2021 |
| **Número de Administradoras** | 3 |
| **Total Pagado** | 281200 |
| **Total Intereses de Mora** | 0 |

PAGADA

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|---|---|---|---|
| 14-7 | Cia. de Seguros Bolivar S.A. | 22200 | 1 |
| 230201 | Proteccion (ING + Proteccion) | 145400 | 1 |
| EPS008 | Compensar EPS | 113600 | 1 |

8350729694

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 52829402
APELLIDOS Y NOMBRES: SANDRA MILENA ROJAS BAQUERO

| Cód. EPS | Cód. AFP | IBC SALUD | IBC PENSIÓN | IBC RIESGOS | IBC CAJAS | COTIZACIÓN SALUD | VALOR UPC | COTIZACIÓN PENSIÓN | FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN RIESGOS | APORTE CAJAS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS008 | 230201 | 908526 | 908526 | 908526 | 0 | 113600 | 0 | 145400 | 0 | 22200 | 0 |

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 Bagüero

CEDULA: 52829402 DE Bogotá

OPS 3391 2021 MES A COBRAR Junio AÑO 2021

LA SUMA DE: Dos millones trecientos treceml trecientos secenta Pesos

($ 2313360 ).

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

NOMBRE: Sandra Milena Rojas Bagüero

CEDULA: 52829402 DE Bogota

TELEFONO: 3679197

DIRECCION: carrera 9 este # 30-11 Casa 107