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 4610 2021	C.D.P. No.:	747	Proceso al que pertenece:	PROCESO ASISTENCIAL/ENFERMERIA
				Unidad a la que pertenece:	UNIDAD SANTA CLARA
Nombre del Contratista:	JOEL SNEYDER PACHECO PICO			C.C.	1.023.971.368 de: BOGOTA
Fecha Inicio:	2021-03-26	Fecha Terminación incial:	2021-30-04	Valor Mensual:	$ 1.652.400 Valor a cobrar: $ 1.652.400

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 3.029.400	1224	2021-01-05	2021-06-15
2	$ 4.222.800	1777	2021-06-16	2021-08-15
3	$ 2.203.200	2396	2021-08-16	2021-09-15
4	$ 1.101.600	2839	2021-09-16	2021-09-30
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				
2				
3				
4	ABRIL	$ 1.652.400	$ 0	0
5	MAYO	$ 1.707.480	$ 281.200	50682478-50628972
6	JUNIO	$ 1.652.400	$ 281.200	51123252
7	JULIO	$ 2.037.960	$ 281.200	51765708
8	AGOSTO	$ 1.652.400	$ 281.200	8352337702
9	SEPTIEMBRE	$ 1.652.400	$ 281.200	53193904
10				
11				
12				
22				

Resumen de contrato	VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
	$ 2.356.200	$ 12.913.200	$ 10.355.040	$ 2.558.160

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: 2021-09-01 Hasta: 2021-09-30

	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 1AAS	promover la recuperacion del paciente	SE REALIZAN RONDAS DE ENFERMERIA VERIFICANDO EL ESTADO DEL PACIENTE
5	analizar la informacion del comportamiento de 1AAS 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	acompñar 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 PERSONAL
16	Asistir al comité institucional y tecnico distrital de infecciones intrahospitalarias		ASISTIR A CAPACITACIONES QUE NOS PROGRAMEN

Observaciones:	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. 1.023.971.368 de BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	NINI JOHANNA ALVAREZ RIVERA
CARGO:	ENFERMERA
FIRMA	

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

Señor(a): JOEL SNEYDER PACHECO PICO
No. Identificación: CC1023971368
Dirección: DIG 32 # 10 40
Telefono: 3114401557
Correo: joel21152@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 53193904

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	JOEL SNEYDER PACHECO PICO
Tipo y número de identificación	CC1023971368
Número de planilla	53193904
Fecha pago	2021-09-07
Número de autorización pago	1015854
Banco	1083

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	agosto de 2021
Periodo de Cotización Pensión	agosto 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
230301	Porvenir	145400	1
EPS008	Compensar EPS	113600	1

53193904

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1023971368
APELLIDOS Y NOMBRES: JOEL SNEYDER PACHECO PICO

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	230301	908526	908526	908526	0	113600	0	145400	0	22200	0

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

Cuenta de cobro 009 - 2021

SUBREDINTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD

CENTRO ORIENTE E S E

NIT90095051-7

DEBE A

JOEL SNEYDER PACHECO PICO

CC:1023971368 de BOGOTA

UN MILLON SEISCIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS PESOS M/CTE

(1.652.400)

Por concepto deAR

Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato PS 4610 2021 correspondiente del DE SEPTIEMBRE del 2021

OBJETO: Prestar servicios de acuerdo a su perfil académico para desarrollar actividades de (ENFERMERIA), con disponibilidad de cumplimiento de la misión y la visión de la subred integrada de servicios de salud Centro Oriente E.S. E

Cordialmente.

Joel Pacheco

Nombre :JOEL SNEYDER PACHECO PICO

CC 1023971368 DE BOGOTA

Teléfono: 3114401157

Dirección: DIAGONAL 32# 10- 40 SOACHA

No. Cuenta :054944413 AHORROS ABVILLAS