180h

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

## 1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. CONTRATO - OPS:** | PS-4482-2021 | **C.D.P. No.:** | 11 | **Proceso al que pertenece:** | MEDIANA COMPLEJIDAD ASISTENCIAL |
| | | | | **Unidad a la que pertenece:** | SAN BLAS |
| **Nombre del Contratista:** | DIANA YAMILE MORENO DUQUE | **C.C.** | 37,294,803 | **de:** | CUCUTA |
| **Fecha Inicio:** | 23/03/21 | **Fecha Terminación incial:** | 30/04/21 | **Valor Mensual:** | $ 1,652,400 |
| | | | | **Valor a cobrar:** | $ 1,652,400 |

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | $ 3,304,800 | 1224 | 01/05/21 | 06/15/21 |
| 2 | $4,406,400 | 1777 | 16/06/21 | 08/15/21 |
| 3 | $2,203,200 | 2396 | 16/08/21 | 09/15/21 |
| 4 | $1,101,600 | 2839 | 16/09/21 | 09-30-21 |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |

| Nº CTA | MES DE CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR | VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL | NÚMERO DE PLANILLA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | MARZO | $ 440,640 | $ 281,700 | 1035852628 |
| 2 | ABRIL | $ 1,652,400 | $ 281,200 | 1036369670 |
| 3 | MAYO | $ 1,817,640 | $ 281,200 | 1036849488 |
| 4 | JUNIO | $ 1,652,400 | $ 281,200 | 1037547879 |
| 5 | JULIO | $ 1,652,400 | $ 281,200 | 1038222138 |
| 6 | AGOSTO | $ 2,093,040 | $ 281,200 | 1038802133 |
| 7 | SEPTIEMBRE | $ 1,652,400 | $ 285,700 | 1040248570 |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |

**Resumen de contrato**

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 3,139,560 | $ 14,155,560 | $ 10,960,920 | $ 3,194,640 |

## 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 AUTOMA EN SU CONDICION DE TECNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA LA EJECUCION DE ACTIVIDADES ASISTENCIAL EN LOS PROCESOS DE GESTION HOSPITALARIA, URGENCIAS Y QUIRURGICOS, CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUB RED 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 | PRODUCTO O EVIDENCIA |
| 1 | PRESTAR EL SERVICIO DE CONFORMIDAD CON LA PROGRAMACION DE AGENDA ACORDADA CON EL SUPERVISOR DEL CONTRATO, PARA EL DESARROLLO DE SUS ACTIVIDADES | Cumple con el protocolo de recibo y entrega de turno. | se desarrollaron las actividades contractuales deacuerdo al cronograa para el mes de mayo del 2020 |
| 2 | CONTROLAR LOS SIGNOS VITALES DE CADA UNO DE LOS PACIENTES ASIGNADOS CON LA PERIODICIDAD REQUERIDA SEGÚN ORDEN MEDICA, ORDEN DE ENFERMERIA Y PROTOCOLO INSTITUCIONAL INFORMANDO AL MEDICO Y ENFERMERA LAS ALTERACIONES ENCONTRADAS Y REGISTRANDOLAS EN LA HISTORIA CLINICA DIGITAL | Realiza el control de signos vitales de los pacientes a cargo de acuerdo a la orden médica y al estado del paciente de acuerdo con el protocolo institucional. | se realizo la toma al 100% de los pacientes asignados el mes de mayo |
| 3 | ORIENTAR Y PREPARAR A LOS PACIENTES PARA EXÁMENES DIAGNOSTICO DE ACUERDO CON LOS PROTOCOLOS DE MANEJO Y TECNOLOGIA REQUERIDA SEGUN NORMAS ESTABLECIDAS PARA CADA PROCEDIMIENTO | Participa en la preparación de los pacientes a cargo para exámenes diagnósticos de acuerdo con lo requerido por cada procedimiento. | se realizo preparacion al 100% de los pasientes asignados al mes de mayo |
| 4 | REALIZAR ACTIVIDADES PROPIAS DEL CUIDADO DE ENFERMERIA PREVINIENDO ACCIONES INSEGURAS EN LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD | Aplicaca las medidas necesarias para prevenir los eventos adversos como son las barreras de seguridad implementadas en la institucion | el 100% de las acticidades del plan de cuidado de enfermeri se realizaron teniendo encuenta las practicas seguras |
| 5 | NOTIFICAR INMEDIATAMENTE LAS ACCIONES INSEGURAS OCURRIDAS A SUS PACIENTES AL MEDICO DE TURNO , JEFE INMEDIATO Y EN EL SISTEMA DE REPORTE | Realiza notificación de eventos ocurridos mediante los diferentes medios para ello. | se realizo el reorte de los sucesesos de seguridad identificados en el mes de mayo |
| 6 | INFORMAR A A LA ENFERMERA JEFE DEL SERVICIO Y AL MEDICO TRATANTE , SOBRE LOS CAMBIOS DEL ESTADO CLINICO DE LOS PACIENTES EN FORMA OPORTUNA Y ADECUADA. | 4 | se garantizo el reporte del 100% de las desviaciones en la evolucion del paciente al equipo de trabajo |
| 7 | REVISAR LA HISTORIA CLINICA DE LOS PACIENTES ASIGNADOS CONOCIENDO SU EVOLUCION DIARIA, TRATAMIENTO, PARA REALIZAR EL PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERIA INTEGRAL DEL PACIENTE. | Revisa la historia clínica de los pacientes asignados realizando el plan de cuidados de acuerdo con el estado de los mismos. | se realizo la revision de las historias clinicas del 100% de los pacientes asignados |
| 8 | MANTENER LIMPIO Y ORDENADO LA UNIDAD DE LOS PACIENTES ASIGNADOS DURANTE EL TURNO | Mantiene el orden la unidad de los pacientes a cargo durante el turno. | se realizo el registro de las actividades realizadas en los pacientes asignados en el aplicativo de dinamica y en los |
| 9 | REALIZAR REGISTROS CLINICOS EN FORMA OPORTUNA , DILIGENCIANDO TODAS LAS VARIABLES CORRECTAMENTE Y DANDO CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCION 1995 DE 1999 Y MANTENER ORGANIZADAS LAS HISTORIAS CLINICAS DE ACUERDO AL MANUAL Y NORMATIVIDAD VIGENTE DE LA ENTIDAD. | Realiza los registros clínicos de acuerdo con la resolución 1995/1999. | se realizo el registro de las actividades realizadas en los pacientes asignados en el aplicativo de dinamica y en los formatos en fisico |
| 10 | CUMPLIR LAS NORMAS INSTITUCIONALES DE BIOSEGURIDAD,VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA, GESTION AMBIENTAL, SALUD OCUPACIONAL Y DEMAS POLITICAS INSTITUCIONALES | Cumple con las normas del comité de epidemiología. | se garantiza el cumplimiento de las normas institucionales en el mes |
| 11 | RESPONDER POR LOS INVENTARIOS , CONSERVACION Y USO ADECUADO DE LOS EQUIPOS, ELEMENTOS E INSUMOS, AL IGUAL QUE EL CUIDADO DE LA INFRAESTRUCTURA DEL SERVICIO Y/O AREA DONDE SE ENCUENTRE DESARROLLANDO LAS ACTIVIDADES. | Realiza el cuidado y la custodia de los equipos, elementos e insumos del servicio asignado. | se realizo la revision diaria del inventario correspondiente al area en el mes |
| 12 | CUMPLIR CON LOS PROCESOS, PROCEDIMIENTOS,GUIAS Y DEMAS NORMAS DEFINIDAS POR LA ENTIDAD, DE CONFORMIDAD CON EL OBJETO DEL CONTRATO. | Mantiene en orden las historias cánicas manuales de acuerdo con el manual de historias clínicas. | se realizaron las actividades contractuales teniendo en cuenta los documentos institucionales realizados con los procesos de enfermeria en el mes |
| 13 | ASISTIR A REUNIONES Y CAPACITACIONES PROGRAMADAS POR LA ENTIDAD. | Realiza notificación de eventos ocurridos mediante los diferentes medios para ello. | se realizo la participacion en las reuniones y capacitaciones programadas para el mes |
| 14 | REALIZAR LA DESINFECCION DE MANERA OPORTUNA DE LA UNIDAD DEL PACIENTE DE ACUERDO A LOS PROTOCOLOS INSTITUCIONALES | Asiste a las reuniones de grupo funcional y capacitaciones que se programan por la institución. | se garantizo el proceso de limpieza y desinfeccion rutinarias y terminales de las unidades del paciente asi como de las diferentes areas del servicio |
| 15 | REALIZAR LA TOMA OPORTUNA DE LAS MUESTRAS DE LABORATORIO QUE REQUIERAN LOS PACIENTES CON EL FIN DE AGILIZAR EL TRATAMIENTO. | Realiza la desinfección oportuna de las camas libre aportando con el giro cama. | se realizo la toma de muestras de laboratorios al 100% de los pacientes asignados y que requieren la necesidad de |
| 16 | ASISTIR EN LA ALIMENTACION A LOS PACIENTES ASIGNADOS CONSERVANDO LAS PRECAUCIONES ESTABLECIDAS SEGUN EL CASO. | Aplica el manual de toma de muestras de laboratorio clínico. | se realizo la asistencia en la alimentacion de los pacientes asignados con grados de dependencia de |
| 17 | REALIZAR EL CONTROL DE LIQUIDOS ADMINISTRADOS Y ELIMINADOS REGISTRANDO EN FORMA OPORTUNA Y ADECUADA LOS RESULTADOS DE ACUERDO AL PROTOCOLO INSTITUCIONAL. | Asiste a los pacientes en sus necesidades alimentarias. | se realizo el control de liquidos administrados y eliminados al 100% de los pacientes asignados en el mes |
| 18 | PORTAR EL UNIFORME TENIENDO EN CUENTA LAS NORMAS DE HIGIENE Y BIOSEGURIDAD DE LA SUBRED. | Realiza el control de liquidos administrados y eliminados de forma oportuna aplicando el protocolo institucional. | se realizo el uso adecuado del uniforme durante la programacion de actividades para el mes |
| 19 | OFRECER TRATO CON CALIDEZ Y CALIDAD AL PACIENTE Y LA FAMILIA , DANDO UNA ATENCION HUMANIZADA , CONSERVANDO EL RESPETO POR LA DIGNIDAD HUMANA. | Porta el uniforme de forma adecuada y las normas de bioseguridad y presentación personal. | se garantizo la atencion del paciente con calidad calidez y humanidad a los pacientes asignados en el mes y no hay reporte de PQR relacionados con la prestacion de ri |
| 20 | IMPARTIR EDUCACION AL PACIENTE Y A LA FAMILIA SOBRE LOS CUIDADOS ESPECIFICOS A TENER EN CASA DE ACUERDO A LA SITUACION CLINICA DEL PACIENTE. | Brinda un cuidado humanizado a los pacientes y a sus familias. | se garantizo la educacion e informacion al 100% de los pacientes asignados incluyendo su familia en el mes |
| 21 | MANTENER LA RESERVA DE LA INFORMACION CLINICA Y PERSONAL DE LOS PACIENTES. | Brinda educación a los pacientes y sus familias de acuerdo con la patología de base. | se garantizo el 100% de confidencialidad de la informacion de los pacientes asignados en el mes |
| 22 | EJERCER LAS A CTIVIDADES PROPIAS DE LA FORMACION TECNICA DE CONFORMACION CON LAS NORMAS Y/O REGLAMENTOS DE ACUERDO AL OBJETO CONTRAACTUAL Y LAS NECESIDADES DEL SERVICIO, CONTENIDAS EN EL FORMATO DE NECESIDAD DE PERSONAL QUE HACE PARTE INTEGRAL DEL PRESENTE CONTRATO. | Maneja la confidencialidad de la información de los pacientes. | el 100% de las actividades realizadas a los pacientes asignados se realizaron teniendo en cuenta las competencias tecnicas en el mes |

**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

Diana Yamile Moreno Duque.
**Firma del Contratista**

C.C. 37,294,803 de CUCUTA

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS | |
|---|---|
| NOMBRE: | MELBA QUINTERO L. Quintero T. |
| CARGO: | Enfermera C.C. 41773374 Bgtá. |
| FIRMA | |

228

ok

**CUENTA DE COBRO 007 -2021**

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.**
**Nit. 900.959.051-7**

**DEBE A:**

**DIANA YAMILE MORENO DUQUE**
**C.C. No. 37.294.803 DE CUCUTA**

**LA SUMA DE:**

**UN MILLON SEISIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS PESOS ($ 1,652,400)**

**Por concepto de:**

Honorarios por Prestación de Servicios en cumplimiento del Contrato No. **PS 4482 2021**
Correspondiente del 01 al 30 **SEPTIEMBRE** del 2021.

**Objeto** PRESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO DE MANERA PERSONAL Y AUTONOMA EN SU CONDICION DE TECNICO EN **AUXILIAR DE ENFERMERIA** PARA LA EJECUCION DE ACVIDADES ASISTENCIAL EN LOS PROCESOS DE GESTION HOSPITALARIA,URGENCIAS Y QUIRURGICOS,CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD E.S.E.

**Cordialmente,**

Diana Yamile Moreno Duque

**DIANA YAMILE MORENO DUQUE**
**C.C. 37.294.803 De CUCUTA**
**CLL 91 A SUR # 12-49 ESTE**
**3124956226**
***CUENTA DE AHORROS DAVIVIENDA 0048-7042-0371***
***30-SEPTIEMBRE-2021***

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2021-09-15, 04:12:37 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1040248570

**Periodo Cotización:** agosto de 2021 **Periodo Servicio:** agosto de 2021 **Referencia pago (PIN):** 8801127330

**PAGADO 07/09/2021**

## I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | DIANA YAMILE MORENO | | |
| **Documento** | CC37294803 | **Dirección** | CL 91A #12 - 49 ESTE SUR |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3124956226 |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO |
| **Ciudad** | BOGOTA D.C. | **Departamento** | BOGOTA D.C. |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | |
| **Total Afiliados** | 1 | **ARP** | SEGUROS BOLIVAR |

## II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | RET P | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | CAR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días APP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |
| CC 37294803 | DIANA YAMILE MORENO DUQUE | 59 | 00 | C | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 8 | (230301) PORVENIR | $ 908.526 | $ 145.400 | (EPS008) COMPENSAR EPS | $ 908.526 | $ 113.600 | 2,436 | $ 908.526 | $ 22.200 | (CCF24) COMPENSAR CCF | $ 223.719 | $ 4.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 285.700 |

## III.TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 908.526 | $ 908.526 | $ 908.526 | $ 223.719 | $ 145.400 | $ 113.600 | $ 22.200 | $ 4.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 285.700 | $ 0 | $ 285.700 |



Lineas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellin: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
**7 Ejecución del Contrato**
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

## Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

**VER CONTRATO**

## Ejecución del Contrato

○ Porcentaje ○ Recepción de artículos

## Plan de Pagos

**¿Se requieren emisiones de códigos de autorización?** ○ Sí ◉ No

| Id de pago | Número de factura | Fecha de emisión | Fecha de recepción | Valor total de la factura | Estado |
|---|---|---|---|---|---|

*No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados*

Crear

## Documentos de ejecución del contrato

| | Descripción | Nombre del archivo | Cargado por | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | DIANA MORENO CUENTA DE COBRO FEBRERO..pdf | DIANA MORENO CUENTA DE COBRO FEBRERO..pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | DIANA YAMILE MORENO DUQUE ENERO 1..pdf | DIANA YAMILE MORENO DUQUE ENERO 1..pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | DIANA YAMILE MORENO DUQUE ENERO 2..pdf | DIANA YAMILE MORENO DUQUE ENERO 2..pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | DIANA YAMILE MORENO DUQUE MARZO.pdf | DIANA YAMILE MORENO DUQUE MARZO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | DIANA YAMILE MORENO DUQUE MARZO 2..pdf | DIANA YAMILE MORENO DUQUE MARZO 2..pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | DIANA YAMILE MORENO DUQUE ABRIL..pdf | DIANA YAMILE MORENO DUQUE ABRIL..pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | DIANA YAMILE MORENO DUQUE MAYO.pdf | DIANA YAMILE MORENO DUQUE MAYO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | DIANA YAMILE MORENO DUQUE JUNIO.pdf | DIANA YAMILE MORENO DUQUE JUNIO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | DIANA YAMILE MORENO DUQUE JULIO..pdf | DIANA YAMILE MORENO DUQUE JULIO..pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| | DIANA YAMILE MORENO DUQUE.pdf (Archivado) | DIANA YAMILE MORENO DUQUE.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | DIANA YAMILE MORENO DUQUE AGOSTO.pdf | DIANA YAMILE MORENO DUQUE AGOSTO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar

< | Evaluación de la Entidad Estatal | >