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 3429 2021 **C.D.P. No.:** 305 **Proceso al que pertenece:** PROCESO ASISTENCIAL/ENFERMERIA
**Unidad a la que pertenece:** UNIDAD SANTA CLARA

**Nombre del Contratista:** KELLY YOJANNA RAMOS PAJOY **C.C.** 1,023,971,702 **de:** BOGOTA

**Fecha Inicio:** 2021-02-09 **Fecha Terminación incial:** 2021-03-31 **Valor Mensual:** $ 1,652,400 **Valor a cobrar:** $ 1,652,400

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | $ 2,478,600 | 792 | 2021-04-01 | 2021-04-30 |
| 2 | $ 3,029,400 | 1224 | 2021-05-01 | 2021-06-15 |
| 3 | $ 4,039,200 | 1777 | 2021-06-16 | 2021-08-15 |
| 4 | $ 2,019,600 | 2396 | 2021-08-16 | 2021-09-15 |
| 5 | $ 1,101,600 | 2839 | 2021-09-16 | 2021-10-15 |
| 6 | $ 1,599,523 | 3253 | 2021-10-16 | 2021-10-31 |
| 7 | $ 1,762,560 | 3453 | 2021-11-01 | 2021-11-30 |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |

| Nº CTA | MES DE CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR | VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL | NÚMERO DE PLANILLA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | FEBRERO | $ 1,542,240 | $ 281,200 | 9415303084 |
| 2 | MARZO | $ 1,762,520 | $ 281,200 | 9416514882 |
| 3 | ABRIL | $ 1,982,880 | $ 281,200 | 9417595522 |
| 4 | MAYO | $ 2,203,200 | $ 281,200 | 9418701652 |
| 5 | JUNIO | $ 2,093,040 | $ 281,200 | 9419918521 |
| 6 | JULIO | $ 1,872,720 | $ 281,200 | 9421101797 |
| 7 | AGOSTO | $ 1,652,400 | $ 281,200 | 9422282742 |
| 8 | SEPTIEMBRE | $ 1,652,400 | $ 281,200 | 9423492320 |
| 9 | OCTUBRE | $ 1,762,560 | $ 281,200 | 9424716541 |
| 10 | NOVIEMBRE | $ 1,652,400 | $ 281,200 | 9425867949 |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |

**Resumen de contrato**

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 3,481,056 | $ 19,511,539 | $ 18,176,360 | $ 1,335,179 |

## 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:** 2021-11-01 **Hasta:** 2021-11-30

| | 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 enfermeria. | SE RECIBE TURNO EN URGENCIAS UNIDAD DE REANIMACION 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 Enfermeria y protocoló institucional, informando al médico y enfermera las alteraciones encontradas y registrándolas en la historia clinica 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 Y SE REGISTRAN EN NOTAS DE ENFERMERIA EN APLICATIVO DINAMICA |
| 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 IAAS | promover la recuperacion del paciente | SE REALIZAN RONDAS DE ENFERMERIA VERIFICANDO EL ESTADO DEL PACIENTE |
| 5 | analizar la informacion del comportamiento de IAAS 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 EN APLICATIVO DINAMICA |
| 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 EN APLICATICO 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 |

Scanned by TapScanner

| | | | |
|---|---|---|---|
| 11 | participar en los analisis a los que sea convocados | promover procesos de mejoramiento continuo | DAR EDUCACION AL FAMILIAR Y AL PACIENTE SOLN PROTOCOLOS INSTITUCIONALES |
| 12 | acompañar y observar la implementacion de las acciones de mejora definidas por los diferentes servicios | realizar los peditos con oportunidad y eficiencia velar por el uso racional de los insumos | HACER BUEN USO DE LOS 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 information | 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 | ASESAR SOBRE LOS PACIENTES DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL |
| 16 | Asistir al comité institucional y tecnico distrital de infecciones intrahospitalarias | | ASISTIR A CAPACITACIONES QUE SEAN PROGRAMADA |

**Observaciones:**

Kelly yojanna Ramos
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 y la primera cuenta de cobro

C.C. 1.023.971.702 de BOGOTA

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS | |
|---|---|
| NOMBRE: | NIDIA [illegible] ALVAREZ RIVERA |
| CARGO: | ENFERMERA |
| FIRMA | |

**CUENTA DE COBRO 011-2021**

**LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E**

**NIT: 900959051-7**

DEBE A:

KELLY YOJANNA RAMOS PAJOY

CC: 1023971702

LA SUMA DE:

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

(1,652,400)

**Por Concepto de:**

- Prestación de servicio de acuerdo a su perfil académico para desarrollar actividades en cumplimiento del contrato PS 3429 2021 correspondiente del 01 al 30 de noviembre de 2021

**OBJETO:** Prestar servicios de acuerdo a su perfil académico para desarrollar actividades de AUXILIAR DE ENFERMERIA, con su disponibilidad en cumplimiento de la misión y la visión de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E

Cordialmente

Kelly Yojanna Ramos Pajoy

NOMBRE: KELLY YOJANNA RAMOS PAJOY

C.C 1023971702

TELEFONO: 314-346-1685

DIRECCION: CALLE 34 SUR 2 ESTE 33

No. CUENTA BANCARIA: Cuenta de Ahorros Davivienda n° 009200827302

MES: 01 de noviembre de 2021- 30 de noviembre de 2021

Scanned by TapScanner

aportes en línea

# Resumen General de Pago

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
| CC 1023971702 | | RAMOS PAJOY KELLY YOJANNA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | Trs 2cc este No 47c 32 sur | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 5555555 | No |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2021-10 | 2021-10 | 1000000268 | 9425867949 | I | 2021/11/03 | 2021/11/02 | BANCO BOGOTA | 0 | $281,200 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $145,400 | $0 | $0 | $145,400 |
| COLPENSIONES | 25-14 | 900,336,004 | 7 | 1 | $145,400 | $0 | $0 | $145,400 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $22,200 | $0 | $0 | $22,200 |
| ARL SURA | 14-11 | 890,903,790 | 5 | 1 | $22,200 | $0 | $0 | $22,200 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $113,600 | $0 | $0 | $113,600 |
| SANITAS | EPS005 | 800,251,440 | 6 | 1 | $113,600 | $0 | $0 | $113,600 |
| TOTAL | | | | 1 | $281,200 | $0 | $0 | $281,200 |

Scanned by TapScanner