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

SERVICIO DE SEGURIDAD DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
SEDE - GRUPO DE GESTIÓN Y ABASTECIMIENTO
FORMATO UNIFORME Y CUENTA DE COBRO

CÓDIGO: GSA-FR-019
VERSIÓN: 02
FECHA: 2020-06-01

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No CONTRATO/OPS: [illegible] | CDP No.: [illegible] | Nombre del representante: [illegible]
Dirección del representante: [illegible]
Nombre del Contratista: [illegible] | C.C.: [illegible] de: [illegible]
Fecha Inicial: [illegible] | Fecha Terminación inicial: [illegible] | Valor Mensual: [illegible] | Valor Contrato: [illegible]

ADICIÓN/OTROSÍ	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
2	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
3	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
4	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
5	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

N° FTA	MES DE EJECUCIÓN CORRIDO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
2	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
3	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
4	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
5	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
6	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
7	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
8				
9				
10				
11				
12				
13				

Sumatoria de montos	VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

2. INFORME DE ACTIVIDADES EJECUTADAS Y AVANCE EN CUMPLIMIENTO DEL OBJETO DEL CONTRATO

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR LOS SERVICIOS DE APOYO DE MANERA PERSONAL Y AUTÓNOMA, CON LA DISPOSICIÓN DE TÉCNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERÍA, PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LOS PROCESOS DE GESTIÓN HOSPITALARIA, URGENCIAS Y QUIRÚRGICOS, CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SEDE B INTEGRADA

Soportes de actividades para el periodo: | Desde: [illegible] | Hasta: [illegible]

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las establecidas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES REALIZADAS A SATISFACCIÓN DURANTE EL PERIODO DEL CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO DE EVIDENCIA
1	Informar de las actividades realizadas a la supervisora asignada	Informes sobre la ejecución y las actividades realizadas a cabalidad en el periodo del contrato.	SE DISCRIMINA EN EL INFORME FINAL DE ACTIVIDADES
2	Cumplir las siguientes tareas de auxiliar de enfermería: registrar en la historia clínica del paciente la información relacionada con el estado de salud, evolución y tratamiento, y mantener la confidencialidad de la información.	Cumplir con las generalidades y funciones básicas de auxiliar de enfermería, realizando el procedimiento de signos vitales.	SE REALIZAN CONTROL Y SEGUIMIENTO A LOS SIGNOS VITALES ASIGNADOS EN LA HOJA DE ENFERMERÍA DIARIA
3	Participar en las actividades de docencia y servicio de acuerdo con las necesidades institucionales y las competencias del auxiliar de enfermería, mantener actualizados los conocimientos y habilidades técnicas y científicas de acuerdo con las normas vigentes.	distribuir los pacientes de los auxiliares específicos del servicio según el nivel de complejidad del paciente.	SEGÚN LA ORGANIZACIÓN DEL SERVICIO SE REALIZAN LAS ACTIVIDADES, SE VERIFICAN CAMBIOS
4	velar por el cumplimiento de la normatividad institucional, nacional y local vigente a la IAAS	preservar los principios éticos del paciente	SE REALIZAN DISPOSICIÓN DE ENFERMERÍA Y REGISTRO EN EL EXPEDIENTE DEL PACIENTE
5	analizar la información del comportamiento de la IAAS dentro de su metodología a fin de especificidades de la población de los casos	Aplicar normas de cuidados preventivos, evaluativos y reportes diagnósticos para valorar a los usuarios del paciente y garantizar seguridad en el manejo de la información	SE REALIZAN LOS PROCEDIMIENTOS SEGÚN ORDEN MÉDICA ESCRITA
6	participar en la vigilancia de los procesos y que no presenten factores y nuevos de Bioseguridad	dejar nuevo vía de medios y especificar el estado	SE HACEN NOTAS DE ENFERMERÍA DE FORMA ESCRITA
7	participar en los procesos de capacitación que el personal de la institución	recordar los procesos de la institución y sus responsabilidades	ASISTIR A CAPACITACIONES SEGÚN SEA EL CASO DENTRO DE LA INSTITUCIÓN
8	valorar y mantener materiales y utilizando las técnicas asepsia necesarias para el mantenimiento de la calidad	analizar las técnicas materiales y cuidados de los usuarios	SE CUMPLE
9	realizar registro y cuidados especiales de los hallazgos relevantes para la institución y la calidad	para el desarrollo y formación del proceso humano en salud	SE VERIFICA HISTORIA CLÍNICA Y SE REALIZAN NOTAS DE ENFERMERÍA DIARIAS
10	realizar los procesos de calidad que se presenten en el servicio	organizar para mantener esta calidad de la atención del paciente	EN CASO DE QUE HAYA UN SUCESO SE REPORTE A LA SUPERVISORA
11	participar en los comités a los que sea convocado	cumplir con procesos de seguimiento continuo	DAR EL CASO DE AL SUCESO DEL PACIENTE SEGÚN PROTOCOLOS INSTITUCIONALES
12	mantener y mejorar los conocimientos de los auxiliares de enfermería para la atención de los servicios	realizar hospitalización con aporte clínico y evaluación sobre por el cual representa los hechos	HACER BUEN USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN
13	participar en la elaboración y consolidación de los procesos de mejoras personal asistencial y promover la adecuación de la misma	realizar el cuidado en el desarrollo de las actividades	VERIFICAR EL CUMPLIMIENTO DEL BUEN FUNCIONAMIENTO DE LOS DISPOSITIVOS DE USO HOSPITALARIO
14	mantener la reserva de la información	realizar y plantear nuevos conocimientos diagnósticos y cuidados de auxiliares	CONFIDENCIALIDAD DEL DIAGNÓSTICO DEL PACIENTE
15	informar al supervisor del contrato cualquier circunstancia que afecte el cumplimiento de sus obligaciones	velar por el cumplimiento de las normas de bioseguridad del nivel respectivo para garantizar [illegible]	APOYARSE SOBRE LOS PARÁMETROS DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL
16	Asistir al comité institucional y reuniones de la sede hospitalaria		ASISTIR A LAS FUNCIONES QUE NOS PROCLAMEN

Observaciones:

Firma del Contratista

Se anexa certificación de pago y Salud, pensión y ARL.
En caso de no anexar certificado anexo se debe anexar constancia de certificación bancaria con la primera cuenta de cobro

C.C.	[illegible]	de:	[illegible]

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATO	
NOMBRE	NINI JOHANNA ALVAREZ RIVERA
CARGO	[illegible]
FIRMA	[illegible]

CUENTA DE COBRO 7 2021
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD
CENTRO ORIENTE E.S.E.
Nit.900.959.051-7

DEBE A:

NOMBRE BRIYIT YULIET BARRERA BARRIOS
C.C. 1023032949 de BOGOTÁ

LA SUMA DE:

(TRES MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y DOS MIL) PESOS MCT ($ 3,672.000)

Por concepto de:

- Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato PS 6002 2021 correspondiente al mes de NOVIEMBRE de 2021.

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS DE ACUERDO A SU PERFIL ACADEMICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES DE ENFERMERA, CON DISPONIBILIDAD DE CUMPLIMIENTO DE LA MISIÓN Y LA VISIÓN DE LA SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Cordialmente

Briyit B

NOMBRE BRIYIT YULIET BARRERA BARRIOS
C.C. 1023032949 DE BOGOTÁ
Teléfono: 3124677898
Dirección: Carrera 10a este #56-09 sur
No Cuenta : 135239697 AHORROS BANCO BOGOTA

Fecha: 1 Al 30 DE NOVIEMBRE 2021

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	Dv	Razón Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Centro Económico	Teléfono	Operador Info. y TDV
[illegible]		[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN

Periodo		Cómo		Tipo	Fechas		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Oficina	Valor
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CÓDIGO	NIT	DV	APORTANTES	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
[illegible]				1	$222,000	$0	$0	$222,000
PENSIONES	[illegible]	[illegible]	[illegible]	1	$222,000	$0	$0	$222,000
[illegible]				1	$33,000	$0	$0	$33,000
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	1	$33,000	$0	$0	$33,000
[illegible]				1	$172,400	$0	$0	$172,400
SALUD TOTAL	[illegible]	[illegible]	[illegible]	1	$172,400	$0	$0	$172,400
TOTAL				1	$429,350	$0	$0	$429,350