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: 01**
**FECHA: 2017-07-07**

## 1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. CONTRATO - OPS:** | PS 0963 2019 | **C.D.P. No.:** | 109 | **Proceso al que pertenece:** | PROCESO ASISTENCIAL – ENFERMERIA |
| | | | | **Unidad a la que pertenece:** | UNIDAD SANTA CLARA |

**Nombre del Contratista:** DORIS HERNANDEZ RIVERA **C.C.** 30350750 **de:** LA DORADA CALDAS

**Fecha Inicio:** 2019-02-01 **Fecha Terminación incial:** 2019-07-31 **Valor Mensual:** $ 2.897.280 **Valor a cobrar:** $ 2.897.280

| ADICIÓN/ OTROSI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| I | $ 5.244.864 | 1756 | 2019-07-15 | 2019-09-30 |
| II | $ 4.545.024 | 2304 | 2019-10-01 | 2019-11-30 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| Nº CTA | MES DE CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR | VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL | NÚMERO DE PLANILLA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | | | | |
| 2 | FEBRERO | $ 2.620.800 | $ 326.000 | 5153832008 |
| 3 | MARZO | $ 2.808.000 | $ 347.500 | 5154093561 |
| 4 | ABRIL | $ 2.808.000 | $ 347.500 | 5154103034 |
| 5 | MAYO | $ 2.995.200 | $ 370.700 | 5154660261 |
| 6 | JUNIO | $ 2.808.000 | $ 347.500 | 5154660324 |
| 7 | JULIO | $ 2.808.000 | $ 347.500 | 5155016410 |
| 8 | AGOSTO | $ 3.380.160 | $ 349.200 | 5155291128 |
| 9 | SEPTIEMBRE | $ 2.897.280 | $ 418.500 | 5155913838 |
| 10 | OCTUBRE | $ 2.897.280 | $ 360.200 | 5156299068 |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| | | | | |

| Resumen de contrato | VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|---|
| | $ 17.971.200 | $ 27.761.088 | $ 26.022.720 | $ 1.738.368 |

## 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 tecnico en Auxiliar de Enfermeria para la ejecución de actividades asistenciales en los procesos de gestion hospitalaria, urgencias y quirurgicos, conforme a las necesidades de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente.

**Relacion de actividades para el periodo:** **Desde:** 2019-10-01 **Hasta:** 2019-10-31

| | OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta) | DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN |
|---|---|---|
| 1 | Ejecutar procedimientos y cuidados a los pacientes que por su estado de salud así lo requieran | 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. |
| 2 | Realizar plan de cuidado diario de enfermería de acuerdo al diagnóstico y necesidades identificadas. | De acuerdo con la patologia, la evolucion y las ordenes medicas para definir lo que se debe ejecutar. |
| 3 | Verificar y aplicar medidas preventivas de acciones inseguras e identificando riesgos, gestionando la seguridad del paciente | Distribuir los pacientes y las actividades especificas del servicio que deben desarrollar de acuerdo con el plan de cuidados de cad paciente. |
| 4 | Administrar y verificar el cuidado directo a los pacientes de acuerdo a los protocolos y guías establecidas del servicio utilizando tecnicas asepsia y antisepsia y normas de bioseguridad | Promover la recuperacion del paciente. |
| 5 | Comprobar el cumplimiento de las actividades del personal auxiliar de enfermería y camilleros mediante observación directa e verificando la realización de procedimientos y revisando registros de enfermería. | 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. |
| 6 | Realizar actualizacion del Kardex y tarjetas de medicamentos de acuerdo con las normas establecidas. en forma escrita y cada vez que se requiera el cambio en el tratamiento del paciente. | Dejar constancia científica y legal de lo actuado. |
| 7 | Administrar y registrar en sistema de información los medicamentos oportunamente, de acuerdo con las técnicas de asepsia y antisepsia, normas de bioseguridad, protocolo de administración de medicamentos y a los correctos para la administracion de medicamentos, reportar a médico tratante y referentes las novedades en los mismos para su correspondiente reajuste de tratamiento. | Consolidar la produccion de la unidad y las especialidades. |
| 8 | Controlar los suministros y existencias de insumos y medicamentos de los pacientes del servicio | Permitir dar solucion a las diferentes dificultades surgidas en el desarrollo del proceso de atencion al paciente integrando a las diferentes especialidades medico quirugicas. |
| 9 | Realizar las devoluciones al servicio de farmacia de los medicamentos e insumos por pacientes antes del egreso y diariamente cuando así lo amerite. | Para el desarrollo y formacion del recurso humano en salud. |
| 10 | Realizar los pedidos de elementos e insumos para su respectivo servicio necesarios para los pacientes, tramitando ante el área que los provee, en el formato correspondiente y en las fechas establecidas | Mejoramiento continuo de la calidad de la atencion del paciente |
| 11 | Participar en forma activa en la revista médica diaria dando sus aportes según el caso. | Promover procesos de mejoramiento continuo. |
| 12 | Revisar diariamente que los venoequipos drenajes, buretroles y demas elementos invasivos del paciente que se manejen según protocolo y se lleven los registros correspondientes correctamente. | Realizar los pedidos con oportunidad y suficiencia, velar por el uso racional de los mismos. |
| 13 | Realizar la asignacion de los pacientes a cada auxiliar de acuerdo al número de pacientes, complejidad y de acuerdo a las necesidades del servicio | Unificar criterios en el desarrollo de las actividades. |
| 14 | Participar activamente en el sistema de vigilancia epidemiológica mediante la notificación oportuna de informes de los casos o posibles brotes infecciosos para toma de conductas que prevengan la presencia o proliferación de infecciones en los servicios. | Conocer y plantear nuevas alternativas de diagnostico y manejo de los pacientes. |
| 15 | Gestionar las actividades, procedimientos y demas, del servicio aplicando las medidas que garanticen la calidad del servicio. | Velar por el seguimiento de las normas de bioseguridad, salud ocupacional, gestion ambiental y calidad. |
| 16 | Responder por los inventarios conservación y uso adecuado de los equipos, elementos e insumos, al igual que el cuidado de la infraestructura del servicio y/o área donde se encuentre desarrollando las actividades. | |

**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

Doris Hernández
**Firma del Contratista**

**C.C.** 30.350.750 **de** LA DORADA CALDAS

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATO | |
|---|---|
| **NOMBRE:** | Tatiana [illegible] |
| **CARGO:** | C.C. No. 52[illegible]204 Bta<br>Enfermera P.U.I |
| **FIRMA** | |

Scanned with CamScanner

SOI

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

### DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 30350750 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | DORIS HERNANDEZ RIVERA .. |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BOGOTA DISTRITO CAPITAL | DEPARTAMENTO: | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL |
| DIRECCIÓN: | AVENIDA CARACAS # 1-03 APTO | TELÉFONO: | 3024654 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades reguladoras y |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

### DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **5156299068** | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES | |
| PERIODO COTIZACIÓN | MES: septiembre | PERIODO COTIZACIÓN | | MES: | septiembre |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: 2019 | SALUD: | | AÑO: | 2019 |
| DÍAS DE MORA: | 5 | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2019/10/16 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | | 0742241733 |

### LIQUIDACIÓN GENERAL

| | | | TOTALES | |
|---|---|---|---|---|
| | | | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| **PENSIÓN** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 900336004 | 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 1 | $ 186.200 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 186.200** |
| **SALUD** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 901037916 | MIN002 | MIN002-ADRES-RÉGIMEN EXCEPCIÓN | 1 | $ 145.500 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 145.500** |
| **RIESGOS PROFESIONALES** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 860002503 | 14-7 | 14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A. | 1 | $ 28.500 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 28.500** |

| | |
|---|---|
| **TOTAL PAGADO:** | **$ 360.200** |

180 horas

Scanned with CamScanner