## 1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

**No. CONTRATO - OPS:** PS 2365 2019 **C.D.P. No.:** 164

**Proceso al que pertenece:** PROCESO ASISTENCIAL - ENFERMERIA

**Unidad a la que pertenece:** UNIDAD SANTA CLARA

**Nombre del Contratista:** BRANDON EFREN CASAS LEON **C.C.** 1023930915 **de:** Bogotá

**Fecha Inicio:** 2019-02-01 **Fecha Terminación incial:** 2019-07-31 **Valor Mensual:** $ 1.992.492 **Valor a cobrar:** $ 1.992.492

| ADICIÓN/ OTROSI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | $ 914.760 | 1605 | 2019-07-15 | 2019-07-31 |
| 2 | $ 3.775.248 | 1756 | 2019-07-15 | 2019-09-30 |
| 3 | $ 2.411.964 | 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 | $ 1.727.880 | $ 256.300 | 1018949200 |
| 3 | MARZO | $ 1.931.160 | $ 272.900 | 1018949273 |
| 4 | ABRIL | $ 1.829.520 | $ 272.900 | 1019698793 |
| 5 | MAYO | $ 1.727.880 | $ 272.900 | 1020404167 |
| 6 | JUNIO | $ 1.727.880 | $ 272.900 | 1021115411 |
| 7 | JULIO | $ 1.727.880 | $ 272.900 | 1021717240 |
| 8 | AGOSTO | $ 1.992.492 | $ 272.900 | 1022341252 |
| 9 | SEPTIEMBRE | $ 1.782.756 | $ 272.900 | 1023019596 |
| 10 | OCTUBRE | $ 1.992.492 | $ 272.900 | 1023942388 |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| | | | | |

**Resumen de contrato**

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 9.757.440 | $ 16.859.412 | $ 16.439.940 | $ 419.472 |

## 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.

**Relación 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 | Recibir y entregar turno de acuerdo al protocolo de recibo y entrega de turno, permitiendo dar continuidad al tratamiento y atencion del usuaro. | Informo sobre la evolucion y las actividades realizadas con el fin de proporionar al turno entrante informacion actualizada y dar continuidad del cuidado de enfermeria. |
| 2 | Controlar los signos vitales de cada uno de los pacientes asignados con la periodicidad requerida según orden médica y de la Enfermera, informando al medico y enfermera las alteraciones encontradas y registrándolos en la historia clinica digital. | Cumple con los procedimientos y protocolos hospitalarios del servicio, tendientes a promover la recuperacion del paciente. |
| 3 | Orientar y preparar a los pacientes para exámenes diagnóstico de acuerdo con los protocolos de manejo y tecnologia requerida. Según normas establecidas para cada procedimiento. | Deja evidencia cientifica y legal de las actividades ejecutadas. |
| 4 | Realizar actividades propias del cuidado de enfermeria previniendo acciones inseguras en la prestación de servicios de salud. | Aplica los protocolos para prevenir la ocurrencia de infecciones intrahospitalarias en los pacientes y su entorno de acuerdo con las buenas practicas sanitarias. |
| 5 | Notificar inmediatamente las acciones inseguras ocurridos a sus pacientes al médico de turno, jefe inmediato y en el aplicativo dispuesto para ello. | Suministro informacion al enfermero para toma de medidas óptimas de manejo médico - quirurgico |
| 6 | Informar a la enfermera jefe del servicio y médico tratante, sobre los cambios del estado clínico de los pacientes en forma oportuna y adecuada. | Da informcion de facil comprension de los cuidados, ordenes medicas para dar continuidad al tratamiento ambulatorio. |
| 7 | Revisar la Historia clínica de los pacientes asignados conociendo su evolución diaria, tratamiento, para realizar el plan de cuidado de enfermeria integral del paciente. | Aplico las normas de bioseguridad, se reporta eventos adversos. |
| 8 | Mantener limpio y ordenado la unidad de los pacientes asignados durante el turno. Realizar registros clínicos en forma oportuna, diligenciando todas las casillas correctamente y dando cumplimiento a la resolución 1995/1999 | Realizo inventerio por turno y revision mensual de los elementos del carro de paro y se informa estado y faltantes. |
| 9 | Generar actitudes y prácticas saludables, fortaleciendo el trabajo en equipo. | Proyecto la logistica requierida para brindar cuidado integral al paciente. |
| 10 | Cumplir las normas institucionales de bioseguridad, vigilancia epidemiológica, gestión ambiental, salud ocupacional y demás políticas Institucionales. | Oriento a los pacientes y familiares según sus necesidades |
| 11 | 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. | Administra medicamentos según la tecnica |
| 12 | Mantener organizadas las Historias Clinicas de conformidad con el manual de Historias clínicas vigentes para la institución. | |
| 13 | Aplicar, acatar y cumplir con los procesos, procedimientos, guías y demás normas definidos por la Institución. | |
| 14 | Asistir a reuniones de grupo funcional y capacitaciones programadas por la institución. | |
| 15 | Realizar la desinfección oportuna de las camas libres y los traslados necesarios para poder asignar las camas a los pacientes que lo requieran. | |
| 16 | Realizar la toma oportuna de las muestras de laboratorio que requieran los pacientes con el fin de agilizar el tratamiento. | |

**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

Brandon Casas
**Firma del Contratista**

**C.C.** 1.023.930.915 **de** Bogotá

**VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATO:** Clavijo C.
C.C. No 52.431.204 Bta
Enfermera P.U.I.

| | |
|---|---|
| NOMBRE: | |
| CARGO: | |
| FIRMA | |

Simple

# PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

**Fecha creación reporte** 2019-10-24, 08:06:52 AM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1023942388 **Referencia pago(PIN)** 8899802670

**Periodo Cotización** 201910 **Periodo Servicio** 201910

**Cliente:**

## PAGADA 2019-10-21

### I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Razón Social** | BRANDON EFREN CASAS LEON | | | | |
| **Documento** | CC 1023930915 | **Dirección** | DG 32 15B 35 SUR | | |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3118195527 | | |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO | **Total Afiliados** | 1 |
| **Ciudad** | BOGOTA D.C. | **Departamento** | BOGOTA D.C. | | |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | | | |

### II. DATOS DEL AFILIADO

| **Documento** | CC 1023930915 | | | | | | **Apellidos y Nombres** | **Código Ciudad - Departamento** | **Centro de Trabajo** | **Ubicación Laboral** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tipo Cotizante | 59 | 00 | Residente | | Exonerado | N | CASAS LEON BRANDON EFREN | 11001000 - 11 | | BOGOTA D.C. |

### III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

| Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Extranjero | S. Integral | Salario | Pensión | | | | | | Salud | | | | | | Riesgos | | | | | | Caja | | | | Parafiscales | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | | | | Código AFP | Código Tras. AFP | Tarifa AFP | IBC | Total Aporte AFP | Total Aporte FSP | Total Aporte FSPS | Código EPS | Código Tras. EPS | Tarifa EPS | IBC EPS | Aporte Salud | Aporte UPC | Código ARL | Clase Riesgo | Tarifa ARL | IBC ARL | Aporte Riesgos | Código CCF | Tarifa CCF | IBC CCF | Aporte Caja | Tarifa SENA | Aporte SENA | Tarifa ICBF | Aporte ICBF |
| | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | | | $ 828.116 | 230301 | | 16 % | $ 828.116 | $ 132.500 | $ 0 | $ 0 | EPS002 | | 12,5 % | $ 828.116 | $ 103.600 | $ 0 | 14-7 | 3 | 2,436 % | $ 828.116 | $ 20.200 | CCF24 | 2 % | $ 828.116 | $ 16.600 | 0 % | $ 0 | 0 % | $ 0 |

### IV.TOTALES

| Total Aportes Pensión | Total Aportes FSP | Total Aportes FSPS | Total Aportes Salud | Total Aportes Riesgos | Total Aportes Cajas | Total Aportes SENA | Total Aportes ICBF | Total Aportes ESAP | Total Aportes MEN | Total Final |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PORVENIR | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | SALUD TOTAL EPS | SEGUROS BOLIVAR | COMPENSAR CCF | SENA | ICBF | ESAP | MEN | |
| $ 132.500 | $ 0 | $ 0 | $ 103.600 | $ 20.200 | $ 16.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 272.900 |

Total 228



Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 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!