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: 02
FECHA: 2020-05-04

180

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS28552020	**C.D.P. No.:**	10	**Proceso al que pertenece:**	MEDIANA COMPLEJIDAD ASISTENCIAL
				Unidad a la que pertenece:	SAN BLAS

Nombre del Contratista: MARY CAROLINA REYES GUABAVE **C.C.** 1.121.816.601 **de:** VILLAVICENCIO

Fecha Inicio: 2020-02-07 **Fecha Terminación incial:** 2020-07-31 **Valor Mensual:** $ 1.620.360 **Valor a cobrar:** $ 1.620.360

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1				
2				
3				
4				
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	FEBRERO	$ 1.728.384	$ 271.700	1026804408
2	MARZO	$ 2.106.468	$ 271.700	1028386217
3	ABRIL	$ 1.620.360	$ 271.700	1028386331
4	MAYO	$ 1.674.372	$ 157.600	1029710997
5	JUNIO	$ 1.620.360	$ 271.700	1030584202
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 12.962.880	$ 12.962.880	$ 8.749.944	$ 4.212.936

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:** 2020/06/01 **Hasta:** 2020/06/30

	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	SI SE PRESTA EL SERVICIO DE FONFORMIDAD DEL DESARROLO DE ACTIVIDADES	SE DESAROLLO LAS ACTIVIDADES CONTRACTUALES DE ACUERDO AL CRONOGRAMA
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	SE REALIZACONTROL DE SIGNOS VITALES DE LOS PACIENTES A CARGO	SE REALIZO TOMA DE LOS SIGNOS VITALES NOTA DE ENFERMERIA
3	ORIENTAR Y PREPARAR A LOS PACIENTES PARA EXÁMENES DIAGNOSTICO DE ACUERDO CON LOS PROTOCOLOS DE MANEJO Y TECNOLOGIA REQUERIDA SEGÚN NORMAS ESTABLECIDAS PARA CADA PROCEDIMIENTO	PARTICIPA EN LA PREPARACION DE LOS PACIENTES A CARGO PARA EXAMENES DIAGNOSTICO DEACUERDO CON LO REQUERIDO POR CADA PROCEDIMIENTO	SE REALIZONLA PREPARACION AL 100% DE LOS PACUIENTES ASIGNADOS ORMATO DE EDUCACION
4	REALIZAR ACTIVIDADES PROPIAS DEL CUIDADO DE ENFERMERIA PREVINIENDO ACCIONES INSEGURAS EN LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD	APLICA LAS MEDIDAS NECESARIAS PARA PREVENIR LOS EVENTOS ADVERSOSCOMO SON LAS BARRERASDE SEGURIDAD IMPLEMENTADA EN LA INSTITUCION	EL 100% DE LAS ACTIVIDADES DERIVADAS DEL PLAN Y CUIDADOS EN FORMATO DE EDUCACION
5	NOTIFICAR INMEDIATAMENTE LAS ACCIONES INSEGURAS OCURRIDAS A SUS PACIENTES AL MÉDICO DE TURNO , JEFE INMEDIATO Y EN EL SISTEMA DE REPORTE	REALIZA NOTIFICACION DE EVENTOSOCURRIDOS MEDIANTE LOS DIFERENTESMEDIOS PARA ELLOS	SE REALIZA REPORTES DE LOS SUCESOS DE SEGURIDAD
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.	INFORMA ALMEDICO Y ENFERMERA TODO CAMBIO EN EL ESTADO CLINICO DE LOS PACIENTES DE FORMA OPORTUNA	SE GARANTIZO EL REPORTE NOTA DE ENFERMERIA
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 CLINICA DE LOS PACIENTES ASIGNADOS REALIZADOS EL PLAN DE CUIDADO DEACUERDO CON EL ESTADO DE LOS MISMO	SE REALIZO LA REVISION DE LAS HISTORIAS CLINICAS NOTA DE ENFERMERIA
8	MANTENER LIMPIO Y ORDENADO LA UNIDAD DE LOS PACIENTES ASIGNADOS DURANTE EL TURNO	REVISA LA HISTORIA CLÍNICA DE LOS PACIENTES ASIGNADOS REALIZADOS EL PLAN DE CUIDADO DEACUERDO CON EL ESTADO DE LOS MISMO	SE GARANTIZO EL PROCESO DE LIMPIEZA Y DESINFECCION CARPETA DE DESINFECCION
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 REGISTRO CLINICO DEACUERDO CON LA RESOLUCION 1995-1999	SE REALIZAO EL REGISTRO EL REGISTRO DE LAS CTIVIDADES REALIZADAS REGISTRO DE ENFERMERIA
10	CUMPLIR LAS NORMAS INSTITUCIONALES DE BIOSEGURIDAD,VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA,GESTION AMBIENTAL, SALUD OCUPACIONAL Y DEMAS POLITICAS INSTITUCIONALES	CUMPLE CON LAS NORMAS DEL COMITE DE EPIDEMIOLOGIA	SE GARANTIZAO EL CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS INSTITUCIONALES PLANILLA DEL DEPARTAMENTO
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 INVERTARIO CORRESPONDIENTE AL AREA EN EL MES DE MAYO
12	CUMPLIR CON LOS PROCESOS, PROCEDIMIENTOS,GUIAS Y DEMAS NORMAS DEFINIDAS POR LA ENTIDAD, DE CONFORMIDAD CON EL OBJETO DEL CONTRATO.	REALIZA NOTIFICACION DE EVENTO OCURRIDO MEDIANTE LOS DIFERENTES MEDIOS PARA ELLO	SE REALIZO LAS ACTIVIDADES CONTRACTUALES TENIENDO ENCUENTA LOS DOCUMENTOS INSTITUCIONALES
13	ASISTIR A REUNIONES Y CAPACITACIONES PROGRAMADAS POR LA ENTIDAD.	ASISTE A LASREUNIONES DE GRUPO FUNCIONAL Y CAPACITACIONES QUE SE PROGRAMAN POR LA INSTITUCION	SE REALIZO LA PARTICIPACION EN LAS REUNIONES Y ACPACITACIONES
14	REALIZAR LA DESINFECCION DE MANERA OPORTUNA DE LA UNIDAD DEL PACIENTE DE ACUERDO A LOS PROTOCOLOS INSTITUCIONALES	REALIZA LADESINFECCION OPORTUNA DE LAS CAMAS LIBRES APORTADO	SE GARANTIZO EL SISTEMA DE LIMPIEZAQ Y DESINFECCION RECURENTE TERMINAL
15	REALIZAR LA TOMA OPORTUNA DE LAS MUESTRAS DE LABORATORIO QUE REQUIERAN LOS PACIENTES CON EL FIN DE AGILIZAR EL TRATAMIENTO.	APLICA EL MANUAL DE TOMA DE MUESTRA DE LABORATORIO CLINICO	SE REALIZA TOMA DE MUESTRA DE LABORATORIOS AL 100% DE LOS PACIENTES
16	ASISTIR EN LA ALIMENTACION A LOS PACIENTES ASIGNADOS CONSERVANDO LAS PRECAUCIONES ESTABLECIDAS SEGUN EL CASO.	ASISTE A LOS PACIENTES EN SUS NECESIDADES ALIMENTARIAS	SE REALIZA LA ASISTENCIAS EN LA ALIMENTACIUON A LOS PACIENTE ASIGNADOS
17	REALIZAR EL CONTROL DE LIQUIDOS ADMINISTRADOS Y ELIMINADOS REGISTRANDO EN FORMA OPORTUNA Y ADECUADA LOS RESULTADOS DE ACUERDO AL PROTOCOLO INSTITUCIONAL.	REALIZA EL CONTROL DE LIQUIDOSADMINISTRADOS Y ELIMINADOS DE FORMA OPORTUNA APLICANDO EL PROTOCOLO INSTITUCIONAL	SE REALIZO CONTROL DE DE LIQUIDOS ADMINISTRADOS Y ELIMINADOS
18	PORTAR EL UNIFORME TENIENDO EN CUENTA LAS NORMAS DE HIGIENE Y BIOSEGURIDAD DE LA SUBRED.	PORTA EL UNIFORME DE FORMA ADECUADA Y LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD Y PRESENTACION PERSONAL	SE REALIZA USO ADECUADO DE UNIFORME REVISTA DE JEFES
19	OFRECER TRATO CON CALIDEZ Y CALIDAD AL PACIENTE Y LA FAMILIA , DANDO UNA ATENCION HUMANIZADA , CONSERVANDO EL RESPETO POR LA DIGNIDAD HUMANA.	BRINDA UN CUIDADO HUMANIZADO A LOS PACIENTES Y ASUS FAMILIAS	SE GARANTIZO LA ATENCION DEL PACIENTE ASIGNADOS DE CALIDEZ Y HUMANIZACION REGISTRO DE LA INSTITUCION
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 EDUCACION A LOS PACIENTES Y SUS FAMILIARES Y SUS FAMILARES DE ACUERDO CON LAPATOLOGIA DE BASE	SE GARANTIZO LA EDUCACION E INFORMACION AL 10% FORMATO DE EDUCACION
21	MANTENER LA RESERVA DE LA INFORMACION CLINICA Y PERSONAL DE LOS PACIENTES.	MANEJAR LA CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACION DE LOS PACIENTES	SE GARANTIZO AL 100% DE CONFIDENCIAL DE LA INFORMACION DE LOS PACIENTES REGISTRO DELA INSTITUCION
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.	SE EJERCE LAS ACTIVIDADES PROPIAS DE LA FORMACION TECNICA Y REGLAMENTO	EL 100% DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS A LOS PACIENTES ASIGNADOS REGISTRO DE LAINSTITUCION

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: 02 FECHA: 2020-05-04

Observaciones:	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 con la primera cuenta de cobro	C.C. 1.121.816.601 de VILLAVICENCIO

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	NATALI DUQUE
CARGO:	SUPERVISORA DE ENFERMERIA
FIRMA	

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Simple

Fecha creación reporte 2020-06-17, 11:31:24 AM Tipo Planilla I Número Planilla 1030584202 Referencia pago(PIN) 8811469000

Periodo Cotización 202006 Periodo Servicio 202006

Cliente:

PAGADA 2020-06-16

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MARY CAROLINA REYES GUABAVE				
Documento	CC 1121816601				
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Dirección	DG 48Q #5 X - 44		
Tipo Persona	NATURAL	Teléfono	3022781900		
Ciudad	BOGOTA D.C.	Forma Presentación	ÚNICO	Total Afiliados	1
Representante Legal		Departamento	BOGOTA D.C.		
		Identificación			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1121816601		Residente		Exonerado	N	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	57	00					REYES GUABAVE MARY CAROLINA	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

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

Novedades																						
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Extranjero	S. Integral	Salario
															0	30	30	30	0			$ 838.944

Pensión							Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
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
230301		16 %	$ 877.803	$ 140.500	$ 0	$ 0	EPS002		12,5 %	$ 877.803	$ 109.800	$ 0	14-7	3	2.436 %	$ 877.803	$ 21.400	NIN-CC	0 %	$ 0	$ 0	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	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 140.500	$ 0	$ 0	$ 109.800	$ 21.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 271.700