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 2969 2020 | **C.D.P. No.:** | 10 | **Proceso al que pertenece:** | PROCESO ASISTENCIAL/ENFERMERIA |
| | | | | **Unidad a la que pertenece:** | UNIDAD SANTA CLARA |

**Nombre del Contratista:** MARIA GRACIELA OSORIO CORREA **C.C.** 52.202.457 **de:**

**Fecha Inicio:** 2020-02-05 **Fecha Terminación inicial:** 2020-07-31 **Valor Mensual:** $ 1.790.532 **Valor a cobrar:** $ 1.790.532

| ADICIÓN/ OTROSÍ | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| Nº CTA | MES DE CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR | VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL | NÚMERO DE PLANILLA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | ENERO | $ 0 | $ 0 | 0 |
| 2 | FEBRERO | $ 1.790.532 | $ 358.400 | 8339795802 |
| 3 | MARZO | $ 0 | $ 0 | 0 |
| 4 | ABRIL | $ 0 | $ 0 | 0 |
| 5 | MAYO | $ 0 | $ 0 | 0 |
| 6 | JUNIO | $ 0 | $ 0 | 0 |
| 7 | JULIO | $ 0 | $ 0 | 0 |
| 8 | AGOSTO | $ 0 | $ 0 | 0 |
| 9 | SEPTIEMBRE | $ 0 | $ 0 | 0 |
| 10 | OCTUBRE | $ 0 | $ 0 | 0 |
| 11 | NOVIEMBRE | $ 0 | $ 0 | 0 |
| 12 | DICIEMBRE | $ 0 | $ 0 | 0 |
| 1 | ENERO | $ 0 | $ 0 | 0 |

**Resumen de contrato**

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 18.701.112 | $ 18.701.112 | $ 1.790.532 | $ 16.910.580 |

## 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 ENFERMERA PARA LA EJECUCION DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LOS PROCESOS DE GESTION HOSPITALARIA , URGENCIAS Y QUIRURGICOS ,CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE LA SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

**Relación de actividades para el periodo:** **Desde:** 2020-02-05 **Hasta:** 2020-02-29

| | OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta) | DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN |
|---|---|---|
| 1 | Identificar las infecciones asociadas a la atención en salud. | 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 | Investigar el tipo de infección, agente etiológico, factores de riesgo para iniciar acciones de control, identificar y emitir alertas epidemiológicas para direccionar médidas de control inmediato, documentación de las acciones. | De acuerdo con la patologia, la evolucion y las ordenes medicas para definir lo que se debe ejecutar. |
| 3 | Participar en la investigación de brotes y efectuar notificación inmediata y obligatoria de infecciones intrahospitalarias en caso de confirmación y ejecución de las intervenciones requeridas. | Distribuir los pacientes y las actividades especificas del servicio que deben desarrollar de acuerdo con el plan de cuidados de cad paciente. |
| 4 | Velar por el cumplimiento de la normatividad Institucional, local y nacional respecto a IAAS. | Promover la recuperacion del paciente. |
| 5 | Analizar la información del comportamiento de IAAS junto con Infectología o las especialidades involucradas en el manejo de los casos. | 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 | Participar en la vigilancia del cumplimiento de los protocolos o guías de procedimientos y normas de bioseguridad. | Dejar constancia cientifica y legal de lo actuado. |
| 7 | Participar en los procesos capacitación para el personal de la institución. | Consolidar la produccion de la unidad y las especialidades. |
| 8 | Asistir a las reuniones mensuales ordinarias y extraordinarias cuando sea necesario. | 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 el registro y el envío oportuno de los informes solicitados por la Institución u otras Entidades. | Para el desarrollo y formacion del recurso humano en salud. |
| 10 | Notificar los sucesos de calidad que se presenten en el servicio. | Mejoramiento continuo de la calidad de la atencion del paciente. |
| 11 | Participar en los análisis a los que sea convocados. | Promover procesos de mejoramiento continuo. |
| 12 | Acompañar y observar la implementación de las acciones de mejora definidas para los diferentes servicios. | Realizar los pedidos con oportunidad y suficiencia, velar por el uso racional de los mismos. |
| 13 | Participar en la elaboración y actualización de los manuales de normas procedimientos y protocolos asistenciales del área. | Unificar criterios en el desarrollo de las actividades. |
| 14 | Mantener la reserva de la información. | Conocer y plantear nuevas alternativas de diagnostico y manejo de los pacientes. |
| 15 | Informar al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de sus obligaciones. | Velar por el seguimiento de las normas de bioseguridad, salud ocupacional, gestion ambiental y calidad. |
| 16 | Asistir al Comité Institucional y técnico Distrital de infecciones intrahospitalarias. | |

**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

Maria Graciela Osorio
**Firma del Contratista**

**C.C.** 52.202.457 **de**

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS | |
|---|---|
| **NOMBRE:** | NINI JOHANNA ALVAREZ RIVERA |
| **CARGO:** | ENFERMERA |
| **FIRMA** | |

Nini Johanna Alvarez Rivera
Enfermera
RUN 51.7...

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

**Señor(a):** MARIA GRACIELA OSORIO CORREA
**No. Identificación:** CC52202457
**Dirección:** TRANSVERSAL 1 N 49 45 SUR
**Telefono:** 5681956
**Correo:** jefeosorio@hotmail.com
**Ciudad:** BOGOTÁ, D.C.
**Número de Planilla:** 8339795802

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

| | |
|---|---|
| **Nombre Aportante** | MARIA GRACIELA OSORIO CORREA |
| **Tipo y número de identificación** | CC52202457 |
| **Número de planilla** | 8339795802 |
| **Fecha pago** | 2020-02-18 |
| **Número de autorización pago** | 39795802 |
| **Banco** | 1052 |

| | |
|---|---|
| **Número de Empleados** | 1 |
| **Periodo de Cotización Salud** | enero de 2020 |
| **Periodo de Cotización Pensión** | enero de 2020 |
| **Número de Administradoras** | 3 |
| **Total Pagado** | 359600 |
| **Total Intereses de Mora** | 1200 |

PAGADA

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|---|---|---|---|
| 14-7 | Cia. de Seguros Bolivar S.A. | 28400 | 1 |
| 230201 | Proteccion (ING + Proteccion) | 185900 | 1 |
| EPS008 | Compensar EPS | 145300 | 1 |

8339795802

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 52202457
APELLIDOS Y NOMBRES: MARIA GRACIELA OSORIO CORREA

| Cód. EPS | Cód. AFP | IBC SALUD | IBC PENSIÓN | IBC RIESGOS | IBC CAJAS | COTIZACIÓN SALUD | VALOR UPC | COTIZACIÓN PENSIÓN | FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN RIESGOS | APORTE CAJAS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS008 | 230201 | 1158000 | 1158000 | 1158000 | 0 | 144800 | 0 | 185300 | 0 | 28300 | 0 |

168 hrs

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información