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**

## 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:** | BOGOTA | | |
| **Fecha Inicio:** | 2020-02-05 | **Fecha Terminación Inicial:** | 2020-07-31 |
| **Valor Mensual:** | $ 2.387.376 | **Valor a cobrar:** | $ 2.387.376 |

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |
| 14 | | | | |

| Nº CTA | MES DE CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR | VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL | NÚMERO DE PLANILLA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | ENERO | $ 0 | $ 0 | 0 |
| 2 | FEBRERO | $ 2.785.272 | $ 358.400 | 8339795802 |
| 3 | MARZO | $ 3.978.960 | $ 716.800 | 8340955406-8339795802 |
| 4 | ABRIL | $ 2.785.272 | $ 358.400 | 8341643467 |
| 5 | MAYO | $ 2.884.746 | $ 207.900 | 42234473 |
| 6 | JUNIO | $ 2.387.376 | $ 208.100 | 8343382624 |
| 7 | JULIO | | | |
| 8 | AGOSTO | | | |
| 9 | SEPTIEMBRE | | | |
| 10 | OCTUBRE | | | |
| 11 | NOVIEMBRE | | | |
| 12 | DICIEMBRE | | | |
| 13 | | | | |
| 14 | | | | |

**Resumen de contrato**

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 18.701.112 | $ 18.701.112 | $ 14.821.656 | $ 3.879.456 |

## 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 U 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:** 2020-06-01 **Hasta:** 2020-06-30

| | OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las originales en la minuta) | DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO | |
|---|---|---|---|
| | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
| 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, asignacion familia-paciente y demas relacionados, con el fin de proporcionar al turno entrante la informacion necesaria para la continuidad del plan. | RECIBO TURNO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS EN CAMILLAS Y SE FIRMA LIBRO |
| 2 | Investigar el tipo de infección, agente etiológico, factores de riesgo para iniciar acciones de control, identificar y emitir alertas epidemiológicas para direccionar medidas 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. | REALIZAR PLAN DE CUIDADO DE CADA PACIENTE |
| 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. | ASIGNAR ACTIVIDADES AL MPERSONAL A CARGO |
| 4 | Velar por el cumplimiento de la normatividad Institucional, local y nacional respecto a IAAS. | Promover la recuperacion del paciente. | TRAMITAR INGRESO Y EGRESO PACIENTES A PISO |
| 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 evolucion y los reportes diagnosticos para valorar la evolucion del paciente y garantizar integralidad en el manejo de la informacion. | REVISION DE HISTORIAS CLINICAS Y ACTUALIZACION DE KARDEX Y TARJETAS DE MADICAMENTOS |
| 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. | ASISTIR A CAPACITACIONES PROGRAMADAS POR LA INSTITUCION SEGÚN PROGRAMACION |
| 7 | Participar en los procesos capacitación para el personal de la institución. | Consolidar la produccion de la unidad y las especialidades. | COORDINAR TRASLADOS DE LOS PACIENTES |
| 8 | Asistir a las reuniones mensuales ordinarias y extraordinarias cuando sea necesario. | Asistir a las reuniones mensuales ordinarias y extraordinarias cuando sea necesario. | UTILIZAR Y VERIFICAR EL CORRECTO USO DE LOS EPP |
| 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. | REPORTE Y NOTIFICACION DE EVENTOS EN SALUD |
| 10 | Notificar los sucesos de calidad que se presenten en el servicio. | Mejoramiento continuo de la calidad de la atencion del paciente. | ASISTIR A ESTUDIOS DE CASO |
| 11 | Participar en los análisis a los que sea convocados. | Promover procesos de mejoramiento continuo. | CONTROL Y USO RACIONAL DE LOS INSUMOS |
| 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. | INFORMAR SOBRE EL ESTADO DE SALUD DEL PACIENTE AL MEDICO |
| 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. | ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS SEGÚN LOS CORRECTOS |
| 14 | Mantener la reserva de la información. | Conocer y plantear nuevas alternativas de diagnostico y manejo de los pacientes. | RESPETAR LA INTIMIDAD DEL PACIENTE SEGÚN SU DIAGNOSTICO |
| 15 | Informar al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de sus obligaciones. | Velar por el cumplimiento de las normas de bioseguridad, salud ocupacional, gestion ambiental y calidad. | DESINFECCIO E INVESTARIO DEL CARRO DE PARO |
| 16 | Asistir al Comité Institucional y técnico Distrital de infecciones intrahospitalarias. | | INFORMAR EN LA ENTREGA DE TURNO LOS CAMBIO Y SE FIRMA LIBRO |

**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

María 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 R.
Enfermera
RUN 311725

**Señor(es):** maria graciela osorio correa
**Nit:** CC 52202457
**Dirección:** transversal 1 N 49 45 sur
**Teléfono:** 5681956 **Fax:**
**Ciudad:** BOGOTA, D.C.

Respetado(s) señor(es)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:

compensar | miplanilla.com

| | |
|---|---|
| Nombre | maria graciela osorio correa |
| Tipo y número de identificación | 52202457 |
| Número de radicación planilla | 8343382624 |
| Fecha de pago | 6/16/2020 |
| Número de autorización de pago | 43382624 |
| Banco | 1052 |
| Valor Comisión | $0 |

| | |
|---|---|
| Número de empleados | 1 |
| Periodo cotización salud | Mayo 2020 |
| Periodo cotización pensión | Mayo 2020 |
| Periodo cotización caja | Mayo 2020 |
| Número de administradoras | 3 |
| Total Pagado | $208.100 |
| Total interes mora | $0 |

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|---|---|---|---|
| 14-11 | ARL SURA | $28.300 | 1 |
| 230201 | Proteccion (ING + Proteccion) | $34.800 | 1 |
| EPS008 | Compensar EPS | $145.000 | 1 |

144 hrs

PAGADO 2024

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