

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - 075:

P5 2067 2030

C.B.F. No.2

19

For more of our programs

Excluded as to cost performance?

PROCESO ASISTENCIAL - ENFERMERIA

UNIDAD SANTA CLARA

Nombre del Contratista:

CC

doi:10.1002/ajb.a

Fecha Inicio: 2006-02-01

10-03502

Verbleibende Terminschritte bezeichnen:

Value Membership

(5/3/83)

Stakeholder involvement

15. 2003. 04. 04

[illegible][illegible]

Regimen de

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 21,287,436
----------------------------	---------------

VALOR TOTAL
DEL CONTRATO

PAGOS REALIZADOS
86.706.902

SALDO DEL CONTRATO

2. INFORME DE ACTIVIDADES REALIZADAS Y AVANCE EN CUMPLIMIENTO DEL OBJETO DEL CONTRATO

Relación de actividades para el período:

Dossier 2020-03-01

History: 2020-03-31

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS

DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO

- | | | |
|----|--|--|
| 1 | Ejecutar procedimientos y cuidados a los pacientes que por su estado crítico así lo requieren | Intensificar la atención de los pacientes críticos, los trasladados, ingresados, egresados, fallecidos, con el fin de proporcionar el mejor servicio y del curso de cura, los trasladados, ingresos, egresados, fallecidos, con el fin de proporcionar el mejor servicio la información necesaria para la continuidad del plan |
| 2 | Realizar el plan de cuidados diario de enfermería de acuerdo al diagnóstico y necesidades identificadas | De acuerdo con la patología, la evolución y las ordenes médicas para definir lo que se debe ejecutar |
| 3 | Verificar medidas preventivas de eventos adversos e identificando riesgos, garantizando la seguridad del paciente y reportando los eventos adversos que se presenten | Distribuir los pacientes y las actividades específicas del servicio que deben desarrollarse de acuerdo con el plan de cuidados de cada paciente |
| 4 | Administrar medicamentos oportunamente y verificar el cuidado diario a los pacientes al acuerdo a los protocolos y guías establecidas del servicio utilizando técnicas de asepsia y antisepsia y normas de bioseguridad, e informar al médico tratante y coordinadora la no existencia de medicamentos para realizar receta de laboratorio | Prevenir la contaminación del paciente |
| 5 | Apoiar la supervisión de las actividades del personal auxiliar de enfermería y camilleros, observando que se realicen los procedimientos y revisando registros de enfermería | Tomar en cuenta las ordenes médicas, la evolución y los reportes diagnósticos para valorar la evolución del paciente y garantizar integridad en el manejo de la información |
| 6 | Realizar actualización del kardex y tarjetas de medicamentos de acuerdo con las normas establecidas en forma diaria y cada vez que se requiera el cambio del tratamiento del paciente | Dejar contenidos científicos y legal de lo actuado |
| 7 | Controlar los suministros y evidencias de insumos y medicamentos de los pacientes del servicio | Consolidar la producción de la unidad y las especialidades |
| 8 | Realizar las derivaciones al servicio de farmacia de los medicamentos e insumos por paciente según del orden y distribución cuando así lo amerite | Permitir del acceso a los diferentes niveles de atención en el desarrollo del proceso de atención al paciente integrando a los diferentes niveles de atención |
| 9 | Realizar en el formato correspondiente y en forma diaria, los pedidos de elementos e insumos necesarios para los pacientes en su respectivo servicio | Para el desarrollo y formación del recurso humano en salud |
| 10 | Participar en forma activa en la revista médica diaria dando sus aportes según sea el caso | Mejoramiento continuo de la calidad de la atención del paciente |
| 11 | Revisar diariamente los antecedentes, diagnósticos, tratamientos y demás elementos vitales de los pacientes que maneja según protocolo y se llevan los registros correspondientes correctamente | Prevenir procesos de mejoramiento continuo |
| 12 | Realizar la supervisión de paciente a cada auxiliar de acuerdo al número de pacientes, complejidad y de acuerdo a las necesidades del servicio | Realizar los pedidos con oportunidad y suficiencia, velar por el uso racional de los insumos |
| 13 | Participar activamente en el sistema de vigilancia epidemiológica mediante la notificación oportuna de notificaciones de los casos o posibles brotes infecciosos para tomar de acciones que prevengan la presencia o proliferación de infecciones en los servicios | Unificar criterios en el desarrollo de las actividades |
| 14 | Responder por los inventarios, almacenamiento y uso adecuado de los equipos, elementos e insumos asignados en el servicio | Conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico y manejo de los pacientes |
| 15 | Realizar la supervisión oportuna de camas para los pacientes que los requieren, realizando los trabajos necesarios para tal fin de forma oportuna, colaborando con el giro de cama | Velar por el seguimiento de las normas de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad |
| 16 | Cumplir con el cronograma de actividades establecido de manera mensual con el supervisor del centro, reportando las actividades realizadas por cada paciente asignado y novedades en equipos e insumos del servicio | Se realizaron las actividades conforme con los cronogramas asignados |
| 17 | Tramitar de forma oportuna exámenes de laboratorio, radiología, exámenes especiales y remisiones que requieren los pacientes a cargo | Solicitar y remitir de laboratorio conforme con el procedimiento y oportunidad |
| 18 | Dar cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999 y al manual de manejo de historia clínica de la Salud | Se aplicó desarrollo actividades de manejo de historia clínica conforme con el manual |

OBSERVACIONES:

Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL.

En caso de tener contenido nuevo se debe **anexar** también la certificación bancaria con la primera cuenta de orden.

LUZ Dora Coto Hurtado
Firma del Contratista

c.c. 101014304

de Bogotá D. C.

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS

NOMBRE:	
CARGO:	
FIRMA:	

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1010193704	LUZ DARY CUTA HURTADO		CALLE 63F 26 28	3232080430	LDCH724GATR@HOTMAIL.CO M
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
					1 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2020-02	2020-02	I	10/03/2020	41146418	\$569.600

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	228.900	0		0		0	7	1.200	0	230.100	1

TOTALES PENSIÓN													
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados	
230301	Porvenir	800224808-8	293.000	0	0	0	0	7	1.500	0	294.500	1	

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	44.700				44.700	7	300	45.000			447	45.000	1

TOTALES CAJAS									
Código CCF	Nombre					NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	228.900	230.100
Pensión	1	293.000	294.500
Riesgos Laborales	1	44.700	45.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	566.600	569.600

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1010193704	LUZ DARY CUTA HURTADO		CALLE 63F 26 28	3232080430	LDCH724GATR@HOTMAIL.CO M
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D. C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLADOS UPC
					1 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2020-02	2020-02	I	10/03/2020	41146418	\$569.600

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES						PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																	
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Extranjero	Cotiz. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	ISE	UMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC	1010193704	CUTA HURTADO LUZ DARY	59	0			N																	230301	1.831.000	293.000	0	0	0	0	EPS037	1.831.000	228.900	14-7	1.831.000	3	44.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA