Secretaría Distrital 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 | SN 0242-2020 | C.D.P. No.: | 9 | Proceso al que pertenece: | APOYO DIAGNOSTICO |
| | | | | Unidad a la que pertenece: | UPMES SANTA CLARA |
| Nombre del Contratista: | VICTORIA MURILLO MARISOL | | | C.C.: | 52.836.688 |
| de: | BOGOTA | | | | |
| Fecha Inicio: | 2020-02-01 | Fecha Terminación inicial: | 2020-07-31 | Valor Mensual: | $ 1.620.360 |
| Valor a cobrar: | $ 1.623.960 | | | | |

| 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 | | | | |
| 15 | | | | |
| 16 | | | | |

| Nº CTA | MES DE CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR | VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL | NÚMERO DE PLANILLA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | FEBRERO | $ 1.620.360 | $ 272.700 | 8340542525 |
| 2 | MARZO | $ 1.701.378 | $ 272.700 | 8341179645 |
| 3 | ABRIL | $ 1.461.564 | $ 271.700 | 8341870315 |
| 4 | MAYO | $ 1.623.960 | $ 157.800 | 8342541946 |
| 5 | JUNIO | $ 1.623.960 | $ 157.600 | 8343231846 |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |
| 14 | | | | |
| 15 | | | | |
| 16 | | | | |

Resumen de contrato

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 9.452.520 | $ 9.452.520 | $ 8.031.222 | $ 1.421.298 |

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

**OBJETO DEL CONTRATO**

PRESTAR SUS SERVICIOS PERSONALES DE APOYO EN SU CONDICION DE AUXILIAR AREA DE LA SALUD PARA LA EJECUCION DE ACTIVIDADES DE APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO ASISTENCIALES EN LOS DIFERENTES SERVICIOS CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Relacion de actividades para el periodo: Desde: [illegible] Hasta: [illegible]

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta) | | DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 1 1 | Brindar asistencia en la realizacion de fibrobroncoscopias y Nasofibrolaringoscopias | Cumple con prestar sus servicios como auxiliar de enfermeria en lo relacionado con actividades de promoción de la salud y detención de la enfermedad en actualización bases de datos, asignación de citas, demanda inducida, seguimiento, vacunación, esterilización, desinfección de consultorios y demás procedimientos, actividades y reportes que se derivan de la atención, de acuerdo a demanda de servicios y según disponibilidad de tiempo, enmarcado dentro de los parámetros de calidad definidos en la normatividad vigente del sistema obligatorio de garantía de calidad en salud y acogiendo las guías y protocolos definidos por la Subred. | Se realiza asistencia como auxiliar de enfermeria para los procedimientos de fibrobroncoscopia, nasolaringoscopia, lavado bronquial, biopsia bronquial, cepillado bronquial y se realiza anestesia local para los procedimientos. |
| 2 | Realizar agendamiento de citas para los procedimientos a la atencion de pacientes | Cumple con realizar actividades de educación a usuarios, familiares conforme a lo requerido en la subred. | Se realiza socializacion y educación a usuarios y familiares de los requisitos para los procedimientos realizados en el servicio (formato MI-DT-FT-343). Ademas de brindar infromacion para la programacion de su cita. |
| 3 | Elaborar informes estadisticos correspondientes a la atención de pacientes | Cumple con informes de estadistica pacientes que se le han realizado procedimientos en el servicio | Realizo registros de indicadores de seguimiento a riesgo, estadistica de productividad diaria. |
| 4 | Entregar oportunamente reporte de actividades de conformidad a la prestación del servicio | Realizo entrega oportuna de los resultados a los pacientes | Se brinda información y entrega de resultados obtenidos de los procedimientos realizados en el servicio |
| 5 | Entrega del consentimiento informado acorde con la atencion prestada | Cumple con brindar informacion al paciente o familiares para el diligenciamiento del consentimiento informado. | Se realiza socializacion y educación a usuarios y familiares del procedimiento a llevar a cabo en el servicio, diligenciado el respectivo formato ( formato MI-DT-FT-341) |
| 6 | Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos, guias, manuales, protocolos y demas establecidos por la entidad, asi mismo apoyar la implementacion de los mismos | Cumple con dar cumplimiento a los procedimientos ,guias , manuales y protocolos | Se realiza apoyo y actualizacion de protocolos, instructivos y manuales del servicio requeridos. |
| 7 | Realizar lavado de manos de acuerdo con tecnica multimodal. | Cumple con realizar el lavado de manos en los cinco momentos. | Se realiza lavado de manos con la tecnica adecuada establecida por la Subred cada 3 horas. |
| 8 | Apoyar actividades relacionadas con el proceso de acreditación de la Subred Integrada deServicios De Salud Centro Oriente E.S.E. | Cumple con el apoyo de las actividades de acreditacion | No aplica |
| 9 | Participar en las jornadas de capacitación, inducciones, reuniones y eventos en los cuales sea convocado. | Participo de las capacitaciones e inducciones que me programan al mes para el mejoramiento del servicio. | No aplica |
| 10 | Garantizar privacidad e intimidad a la persona a quien le realiza la atención. | Cumple con garantizaren la atencion del paciente la intimidad y la privacidad | Se garantiza a los usuarios y familiares privacidad e intimidad en su atención de procedimientos e historia clinica. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 11 | Realizar aseo recurrente y el aseo terminal incluyendo la limpieza y desinfección de equipos y de areas de acuerdo con los protocolos establecidos institucionalmente | Cumple con las normas de bioseguridad, limpieza y desinfección conforme a los protocolos y guias institucionales. | Realizo limpieza y desinfeccion de las areas y superficies del servicio de broncoscopia y de equipos biomedicos. ( formato MI-TV-FT-052). Realizacion de limpieza y organización de inmsumos requeridos en el servicio. Registro de uso diario del desinfectante de alto nivel.. |
| 12 | Realizar pedido del area establecida de insumos y medicamentos propios del servicio, asi como velar por su organización y su debido almacenamiento | Cumple con realizar los pedidos mensualmente | Se realiza pedido de insumos y medicamentos requeridos por el servicio para realización de procedimientos. Ademas de organización y almacenamiento de los mismos |
| 13 | Entrega y divulgacion de derechos y deberes a los usuarios atendidos | Cumple con apoyar el proceso relacionado con gestión de fuentes de información | Realizo divulgación y socialización a usuarios y familiares de deberes y derechos definidos por la Subred. |
| 14 | Velar por que la atencion sea humana, eficaz, calida con todos y cada uno de los usuarios que requieran el servicio Contenidad en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato | Cumple con desarrollar las actividades para el fortalecimiento de los centros de atención primarios (CAPS) en el marco | No aplica |

| | |
|---|---|
| **Observaciones: HORAS: 180** | Marisol M<br>**Firma del Contratista** |
| Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL<br>En caso de tener contrato nuevo se debe anexar también la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro | C.C. 52 836 688 **de** BOGOTA |

| **VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS** | |
|---|---|
| **NOMBRE:** | **Dra. YURIDY SHIRLEY CUEVAS DUARTE** |
| **CARGO:** | DIRECTOR TECNICO SERVICIOS COMPLEMENTARIOS |
| **FIRMA** | |

186

**Señor(es):** MARISOL VICTORIA MURILLO
**Nit:** CC 52836688
**Dirección:** CR 19 ESTE 32 67
**Teléfono:** 7127592 **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 | MARISOL VICTORIA MURIL |
| Tipo y número de identificación | 52836688 |
| Número de radicación planilla | 8343231846 |
| Fecha de pago | 6/25/2020 |
| Número de autorización de pago | 30216073 |
| Banco | 1023 |
| 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 | $157.600 |
| Total interes mora | $0 |

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|---|---|---|---|
| 14-7 | Cia. de Seguros Bolivar S.A. | $21.400 | 1 |
| 230301 | Porvenir | $26.400 | 1 |
| EPS002 | Salud Total EPS | $109.800 | 1 |

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