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 49562020	**C.D.P. No.:**	2167	**Proceso al que pertenece:**	MEDIANA COMPLEJIDAD ASISTENCIAL
				Unidad a la que pertenece:	SAN BLAS

Nombre del Contratista:	MARIA BIBIANA PRADA AREVALO	**C.C.**	55.178.950	**de:**	NEIVA-HUILA

Fecha Inicio:	2020-07-17	**Fecha Terminación inicial:**	2020-09-15	**Valor Mensual:**	$ 1.620.360	**Valor a cobrar:**	$ 1.678.168

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

N° CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	JULIO	$ 864,192	$ 271,700	2326173132
2	AGOSTO	$ 1,678,168	$ 271,700	2326374065
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 4.861.080	$ 4.861.080	$ 2.742.360	$ 2.118.720

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:** 2020-08-01 **Hasta:** 2020-08-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCION DEL DESARROLLO	
		ACTIVIDADES DESARROLLADAS 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	CUMPLO CON LA PROGRAMACION DE TURNOS ASIGNADA POR MI SUPERVISOR	SE EVIDENCIA POR MEDIO DE LAS HISTORIAS CLINICAS DIGITALES O EN FISICO DE CADA PACIENTE
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	TOMO LOS SIGNOS DE VITALES DE CADA UNO DE MIS PACIENTES ASIGNADOS	SE EVIDENCIA POR MEDIO DE LAS HISTORIAS CLINICAS DIGITALES O EN FISICO DE CADA PACIENTE
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	PREPARO LOS PACIENTES DE ACUERDO A LOS PROTOCOLOS ESTIPULADOS PARA LOS DIFERENTES EXAMENES DE DIAGNOSTICO	SE EVIDENCIA POR MEDIO DE NOTAS DE ENFERMERIA EN SISTEMA DINAMICO O FISICO
4	REALIZAR ACTIVIDADES PROPIAS DEL CUIDADO DE ENFERMERIA PREVINIENDO ACCIONES INSEGURAS EN LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD	SE APLICAN LAS MEDIDAS NECESARIAS PARA PREVENIR LOS EVENTOS ADVERSOS CON BARRERAS DE SEGURIDAD	SE EVIDENCIA POR MEDIO DE ACTIVIDADES SUGERIDAS EN PLATAFORMA DINAMICA O EN FORMATO DE NOTAS DE ENFERMERIA EN FISICO
5	NOTIFICAR INMEDIATAMENTE LAS ACCIONES INSEGURAS OCURRIDAS A SUS PACIENTES AL MEDICO DE TURNO, JEFE INMEDIATO Y EN EL SISTEMA DE REPORTE	SE REALIZA NOTIFICACION DE EVENTOS OCURRIDOS, MEDIANTE LAS DIFERENTES MEDIDAS PARA ELLO	SE EVIDENCIA POR MEDIO DE PLATAFORMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE ESTABLESIDO POR LA SUBRED
6	INFORMAR A LA ENFERMERA JEFE DEL SERVICIO Y AL MEDICO TRATANTE, SOBRE LOS CAMBIOS DEL ESTADO CLINICO DE LOS PACIENTES EN FORMA OPORTUNA Y ADECUADA.	SE INFORMA AL MEDICO Y ENFERMERO TODO CAMBIO EN EL ESTADO CLINICO DE LOS PACIENTES A MI CARGO EN FORMA OPORTUNA.	SE EVIDENCIA POR MEDIO DE LA NOTA ENFERMERIA YA SEA DIGITAL O FISICA
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.	SE REVISA LA HISTORIA CLINICA DE LOS PACIENTES ASIGNADOS REALIZANDO EL PLAN DE CUIDADO DE ACUERDO CON EL ESTADO DE CADA PACIENTE.	SE EVIDENCIA POR MEDIO DEL LIBRO DE ACTAS DONDE SE ENCUENTRA CONSIGNADO EL INGRESO Y MANEJO DE CADA PACIENTE
8	MANTENER LIMPIO Y ORDENADO LA UNIDAD DE LOS PACIENTES ASIGNADOS DURANTE EL TURNO	MANTENGO EN ORDEN LA UNIDAD DE LOS PACIENTES A MI CARGO DURANTE EL TURNO.	SE EVIDENCIAPOR MEDIO DE AZ DONDE SE REGISTRA DICHO PROCESO DE LINPIEZA
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.	REALIZO LOS REGISTROS CLINICOS DE ACUERDO CON LA RESOLUCION 1995/1999	SE EVIDENCIA POR MEDIO DEL APLICATIVO DE DINAMICA
10	CUMPLIR LAS NORMAS INSTITUCIONALES DE BIOSEGURIDAD,VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA,GESTION AMBIENTAL, SALUD OCUPACIONAL Y DEMAS POLITICAS INSTITUCIONALES	CUMPLO CON LAS NORMAS INSTITUCIONALES DE BIOSEGURIDAD EPIDEMIOLOGICA	SE EVIDENCIA POR MEDIOS DE PRE Y POST DE DICHAS NORMAS INSTITUCIONALES
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.	REALIZO LA CUSTODIA Y CUIDADO DE LOS EQUIPOS MEDICOS, INSUMOS DEL SERVICIO ASIGNADO.	SE EVIDENCIA POR MEDIO DEL LIBRO DE SERVICIO DONDE SE REGISTRA EL INVENTARIO A DIARIO
12	CUMPLIR CON LOS PROCESOS, PROCEDIMIENTOS,GUIAS Y DEMAS NORMAS DEFINIDAS POR LA ENTIDAD. DE CONFORMIDAD CON EL OBJETO DEL CONTRATO.	NOTIFICO OPORTUNAMENTE LOS EVENTOS OCURRIDOS MEDIANTE LAS NORMAS DEFINIDAS POR LA ENTIDAD.	SE EVIDENCIA POR MEDIO DE LA ASISTENCIA REGISTRADA DE MANERA DIGITAL APLICATIVO DE ALMERA
13	ASISTIR A REUNIONES Y CAPACITACIONES PROGRAMADAS POR LA ENTIDAD.	ASISTO A REUNIONES DEL GRUPO FUNCIONAL Y CAPACITACIONES PROGRAMADAS POR LA INSTITUCIONAL	SE EVIDENCIA POR MEDIOS DE ACTAS DE ASISTENCIAS DONDE CONSIGNO MIS DATOS A LAS DIFERENTES ACTIVIDADES
14	REALIZAR LA DESINFECCION DE MANERA OPORTUNA DE LA UNIDAD DEL PACIENTE DE ACUERDO A LOS PROTOCOLOS INSTITUCIONALES	CUMPLO CON LA DESINFECCIÓN OPORTUNA DE LAS CAMAS LIBRES PARA APORTAR CON EL GRD CAMA.	SE EVIDENCIAPOR MEDIO DE AZ DONDE SE REGISTRA DICHO PROCESO DE LINPIEZA
15	REALIZAR LA TOMA OPORTUNA DE LAS MUESTRAS DE LABORATORIO QUE REQUIERAN LOS PACIENTES CON EL FIN DE AGILIZAR EL TRATAMIENTO.	REALIZO OPORTUNAMENTE LAS TOMAS DE MUESTRAS DE LABORATORIO PARA AGILIZAR EL DIAGNOSTICO DEL PACIENTE	SE EVIDENCIA POR MEDIO DE NOTAS DE ENFERMERIA EN APLICATIVO DE DINAMICA O EN NOTAS EN FISICO
16	ASISTIR EN LA ALIMENTACION A LOS PACIENTES ASIGNADOS CONSERVANDO LAS PRECAUCIONES ESTABLECIDAS SEGUN EL CASO.	ASISTO EN LAS NECESIDADES ALIMENTARIAS A LOS PACIENTES ASIGNADOS QUE ASI LO REQUIERAN.	SE EVIDENCIA POR MEDIO DE NOTAS DE ENFERMERIA EN APLICATIVO DE DINAMICA O EN NOTAS EN FISICO
17	REALIZAR EL CONTROL DE LIQUIDOS ADMINISTRADOS Y ELIMINADOS REGISTRANDO EN FORMA OPORTUNA Y ADECUADA LOS RESULTADOS DE ACUERDO AL PROTOCOLO INSTITUCIONAL.	APLICO EL PROTOCOLO EN CUANTO A CONTROL OPORTUNO DE LIQUIDOS ADMINISTRADOS Y ELIMINADOS	SE EVIDENCIA POR MEDIO BALANCE DE LIQUIDOS EN APLICATIVO DE DINAMICA O EN FORMATO FISICO
18	PORTAR EL UNIFORME TENIENDO EN CUENTA LAS NORMAS DE HIGIENE Y BIOSEGURIDAD DE LA SUBRED.	PORTO MI UNIFORME DE UNA MANERA ADECUADA Y CON LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD REQUERIDAS.	SE EVIDENCIA POR MEDIO DE EVALUACIONES (LISTA DE CHEQUEO)REALIZADA POR JEFE COORDINADOR DE LA UNIDAD
19	OFRECER TRATO CON CALIDEZ Y CALIDAD AL PACIENTE Y LA FAMILIA, DANDO UNA ATENCION HUMANIZADA, CONSERVANDO EL RESPETO POR LA DIGNIDAD HUMANA.	BRINDO ATENCIÓN CON CALIDEZ Y HUMANIZACION TANTO A PACIENTES COMO FAMILIARES.	NO SE ME NOTIFICO DE ALGUNA POR CON RESPETO DE MI ATENCION AL PACIENTE
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.	IMPARTO EDUCACION AL PACIENTE Y SU FAMILIA DE ACUERDO A LA PATOLOGIA DE BASE Y CUIDADOS REQUERIDOS.	SEVIDENCIA POR MEDIO DE FORMATO DE EDUCACION AL PACIENTE Y A LA FAMILIA ESTABLECIDOS POR LA SUBRED
21	MANTENER LA RESERVA DE LA INFORMACION CLINICA Y PERSONAL DE LOS PACIENTES.	MANEJO LA CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACION DE CADA UNO DE MIS PACIENTES.	NO SE ENTREGARA NINGUN DOCUMENTOS A PERSONAS O ENTES QUE NO ESTEN AUTORIZADAS SIGUIENDO LA NORMATIVIDAD EN VIGILANCIA (LEY 1995 DE 1999)
22	EJERCER LAS ACTIVIDADES 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	CUMPLO CON LAS NORMAS Y PROTOCOLOS INSTITUCIONALES DE FORMA INTEGRAL DE ACUERDO A LAS NECESIDADES DEL SERVICIO.	SE EVIDENCIA POR MEDIO DE NOTAS DE ENFERMERIA APLICATIVO DINAMICO O FISICO

Observaciones:

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

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	**Firma del Contratista** C.C. 55.178.950 de NEIVA-HUILA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	TATIANA CLAVIJO
CARGO:	ENFERMERA
FIRMA	

01-14-08-20
84 horas a 9002 = $756.168 ← ok
102 horas a 11.000 = $1'122.000
↓
15-08-20

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
RECIBO PARA PAGO

Banco de Occidente

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	55178950
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			MARIA BIBIANA PRADA AREVALO
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CLL 22 # 36 - 35	TELÉFONO:	8603777
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	**2326374065**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES	
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	julio	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	julio
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2020	SALUD:	AÑO:	2020

INFORMACIÓN FECHAS DE PAGO			
FECHA LIMITE DE PAGO	DIAS DE MORA	VALOR DE LA MORA	VALOR POR PAGAR
2020/09/30	0	$ 0	$ 271.700
2020/10/01	1	$ 300	$ 272.000
2020/10/02	2	$ 500	$ 272.200
2020/10/05	5	$ 1.000	$ 272.700
2020/10/06	6	$ 1.200	$ 272.900
2020/10/07	7	$ 1.500	$ 273.200

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800227940	231001	231001-COLFONDOS	1	$ 140.500
		SUBTOTAL:	1	**$ 140.500**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
901097473	EPS044	EPS044-MEDIMÁS	1	$ 109.800
		SUBTOTAL:	1	**$ 109.800**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
890903790	14-11	14-11 - ARL SURA	1	$ 21.400
		SUBTOTAL:	1	**$ 21.400**

TOTAL POR PAGAR:	**$ 271.700**