

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

Id. CONTRATO - OPS:

1790-2020

C.D.P. No.:

11

Proceso al que pertenece:

MEDIANA COMPLEJIDAD ASISTENCIAL

Unidad a la que pertenece:

SAN BLAS

Nombre del Contratista:

CRISTIAN CAMILO DUARTE MARTINEZ

C.C.

1.022.325.308

de:

BOGOTA

Fecha Inicio:

2020-02-05

Fecha Terminación inicial:

2020-07-31

Valor Mensual:

\$ 2.901.600

Valor a cobrar:

\$ 2.785.272

| ADICIÓN/<br>OTRO SI | VALOR<br>ADICIÓN | GDP | FECHA DE<br>INICIO | FECHA DE<br>TERMINACIÓN |
|---------------------|------------------|-----|--------------------|-------------------------|
|                     |                  |     |                    |                         |
|                     |                  |     |                    |                         |
|                     |                  |     |                    |                         |
|                     |                  |     |                    |                         |
|                     |                  |     |                    |                         |
|                     |                  |     |                    |                         |
|                     |                  |     |                    |                         |
|                     |                  |     |                    |                         |
|                     |                  |     |                    |                         |
|                     |                  |     |                    |                         |
|                     |                  |     |                    |                         |
|                     |                  |     |                    |                         |
|                     |                  |     |                    |                         |
|                     |                  |     |                    |                         |

| Nº CTA | MES DE<br>CUENTA DE<br>COBRO | VALOR A<br>PAGAR | VALOR<br>PAGO<br>SEGURIDAD<br>SOCIAL | NÚMERO DE<br>PLANILLA |
|--------|------------------------------|------------------|--------------------------------------|-----------------------|
| 1      | FEBRERO                      | \$ 2.785.272     | \$ 399.800                           | 2325324625            |
| 2      | MARZO                        | \$ 2.785.272     | \$ 387.800                           | 2325332709            |
| 3      |                              |                  |                                      |                       |
| 4      |                              |                  |                                      |                       |
| 5      |                              |                  |                                      |                       |
| 6      |                              |                  |                                      |                       |
| 7      |                              |                  |                                      |                       |
| 8      |                              |                  |                                      |                       |
| 9      |                              |                  |                                      |                       |
| 10     |                              |                  |                                      |                       |
| 11     |                              |                  |                                      |                       |
| 12     |                              |                  |                                      |                       |

Resumen  
de contrato

| VALOR INICIAL<br>DEL CONTRATO | VALOR TOTAL<br>DEL CONTRATO | PAGOS<br>REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|-------------------------------|-----------------------------|---------------------|--------------------|
| \$ 19.596.378                 | \$ 19.596.378               | \$ 5.570.544        | \$ 14.025.834      |

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

OBJETO DEL CONTRATO

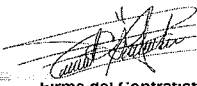
restar sus servicios personales de apoyo en su condición de profesional de Enfermería, para La ejecución de actividades asistenciales en los diferentes servicios; conforme las necesidades de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E

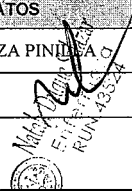
Relación de actividades para el periodo:

Desde: 2020-03-01

asta: 2020-03-31

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS<br>(Las estipuladas en la minuta)                                                                                                                                                                                                                               | DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO<br>ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE<br>CADA OBLIGACIÓN                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ejecutar procedimientos y cuidados a los pacientes que por su estado crítico así lo requieran.                                                                                                                                                                                           | Realiza los procedimientos a los pacientes a su cargo de acuerdo a su estado clínico.                                                                |
| Realizar plan de cuidado diario de enfermería de acuerdo al diagnóstico y necesidades identificadas.                                                                                                                                                                                     | Realiza el plan de cuidados de enfermería de acuerdo al diagnóstico y necesidades identificadas.                                                     |
| Verificar medidas preventivas de eventos adversos e identificando riesgos, garantizando la seguridad del paciente y reportando los eventos adversos que se presenten.                                                                                                                    | Realiza la identificación de los riesgos de los usuarios aplicando las medidas preventivas en cada caso.                                             |
| Administrar y verificar el cuidado directo a los pacientes de acuerdo a los protocolos y guías establecidas del servicio utilizando técnicas de asepsia y antisepsia y normas de bioseguridad.                                                                                           | Da cumplimiento a los protocolos y guías establecidas y administra el cuidado directo a los usuarios.                                                |
| Supervisar las actividades del personal auxiliar de enfermería y camilleros mediante supervisión directa e indirecta, observando realización de procedimientos y revisando registros de enfermería.                                                                                      | Debe hacer mas supervision al personal en cuanto al cumplimiento de los protocolos.                                                                  |
| Realizar actualización del Kardex y tarjetas de medicamentos de acuerdo con las normas establecidas en forma escrita y cada vez que se requiera el cambio en el tratamiento del paciente.                                                                                                | Realiza la actualización del Kardex y tarjetas de medicamentos de acuerdo con lo establecido.                                                        |
| Administrar medicamentos oportunamente, de acuerdo con las técnicas de asepsia y antisepsia, normas de bioseguridad, y a los correctos para la administración de medicamentos, reportar a médico tratante y coordinadores la no existencia de medicamentos para reajuste de tratamiento. | Administra medicamentos de forma oportuna, utilizando técnica aséptica, normas de bioseguridad y los correctos en la administración de medicamentos, |
| Controlar los suministros y existencias de insumos y medicamentos de los pacientes del servicio.                                                                                                                                                                                         | Realiza el control de los suministros y existencia de insumos y medicamentos de los pacientes a cargo                                                |
| Realizar las devoluciones al servicio de farmacia de los medicamentos e insumos por pacientes antes del egreso y diariamente cuando así lo amerite.                                                                                                                                      | Realiza las devoluciones de medicamentos e insumos de los pacientes antes del egreso del mismo o cuando así lo amerite                               |
| Realizar los pedidos de elementos e insumos para su respectivo servicio necesarios para los pacientes, tramitando ante el área que los provee, en el formato correspondiente y en las fechas establecidas                                                                                | No aplica                                                                                                                                            |

|                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                      |  |                                                                               |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------|--|
|                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E</b><br><b>APOYO – GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO</b><br><b>FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO</b> |  | <b>CÓDIGO: AP-IA-FT-014</b><br><b>VERSIÓN: 01</b><br><b>FECHA: 2017-07-07</b> |  |
| 1                                                                                                                                                                       | Participar en forma activa en la revista médica diaria dando sus aportes según el caso.                                                                                                                                                                       | Participa activamente en la revista médica diaria dando sus aportes según se requiera                                                                                |  |                                                                               |  |
| 2                                                                                                                                                                       | Revisar diariamente que los venoequipos, drenajes, buretroles y demás elementos invasivos del paciente que manejen según protocolo y se lleven los registros correspondientes correctamente.                                                                  | Revisa en cada turno los venoequipos. Drenajes, buretroles y demás elementos del paciente según protocolo                                                            |  |                                                                               |  |
| 3                                                                                                                                                                       | Realizar la asignación de los pacientes a cada auxiliar de acuerdo al número de pacientes, complejidad y de acuerdo a las necesidades del servicio.                                                                                                           | Realiza la asignación de pacientes y actividades a cada uno de los auxiliares a cargo dependiendo de la complejidad de los pacientes                                 |  |                                                                               |  |
| 4                                                                                                                                                                       | Participar activamente en el sistema de vigilancia epidemiológica mediante la notificación oportuna de informes de los casos o posibles brotes infecciosos para toma de conductas que prevengan la presencia o proliferación de infecciones en los servicios. | Participa activamente en sistema de vigilancia epidemiológica notificando oportunamente los casos de infecciones y realizando los aislamientos necesarios            |  |                                                                               |  |
| 5                                                                                                                                                                       | Supervise las actividades de procedimientos en su servicio y aplique medidas correctivas que garanticen la calidad del servicio.                                                                                                                              | Supervisa las actividades que se realizan en su servicio aplicando los correctivos necesarios que garanticen la calidad en la prestación del servicio                |  |                                                                               |  |
| 6                                                                                                                                                                       | Responder por los inventarios conservación y uso adecuado de los equipos, elementos e insumos entregados en el servicio.                                                                                                                                      | Participa en el cuidado y custodia de los equipos e insumos del servicio                                                                                             |  |                                                                               |  |
| 7                                                                                                                                                                       | Realizar la asignación oportuna de camas para los pacientes que lo requieran, realizando los traslados necesarios para tal fin de forma oportuna, colaborando con el giro de cama.                                                                            | Realiza asignación oportuna de las camas para los pacientes que así lo ameritan y adicionalmente realiza los traslados necesarios para tal fin                       |  |                                                                               |  |
| 8                                                                                                                                                                       | Participar en el recibo y entrega de turno de forma cumplida, oportuna, reportando las novedades presentadas por cada paciente asignado y novedades en equipos e insumos del servicio.                                                                        | Participa en el recibo y entrega de turno de forma oportuna reportando las novedades que se generen durante su turno con los usuarios y con los equipos e insumos.   |  |                                                                               |  |
| 9                                                                                                                                                                       | Asistir a las reuniones de grupo funcional y capacitaciones programadas por la institución.                                                                                                                                                                   | Asiste a reuniones y capacitaciones que se programan por Coordinación de Enfermería y por la Institución                                                             |  |                                                                               |  |
| 10                                                                                                                                                                      | Tramitar de forma oportuna exámenes de laboratorio, de radiología, exámenes especiales y remisiones que requieran los pacientes a cargo.                                                                                                                      | Tramita oportunamente los exámenes de laboratorio, radiología y exámenes especiales y remisiones que requieren los pacientes a cargo                                 |  |                                                                               |  |
| 11                                                                                                                                                                      | Dar cumplimiento a la resolución 1995 y al manual de manejo de Historia Clínica establecido en la institución.                                                                                                                                                | Da cumplimiento a la resolución 1995/199 y al manual de manejo de historias clínicas                                                                                 |  |                                                                               |  |
| 12                                                                                                                                                                      | Dar cumplimiento a guías y protocolos establecidos por la institución.                                                                                                                                                                                        | Da cumplimiento a guías y protocolos de la institución                                                                                                               |  |                                                                               |  |
| Observaciones:                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                               | <br><b>Firma del Contratista</b>                                                 |  |                                                                               |  |
| 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. |                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>C</b> 1.022.325.308      de      BOGOTA                                                                                                                           |  |                                                                               |  |

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS |                                                                                                                                                                            |
|-------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| NOMBRE:                             | GLORIA MARITZA PINOZA                                                                                                                                                      |
| CARGO:                              | Enfermero                                                                                                                                                                  |
| FIRMA:                              | <br> |

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES RECIBO PARA PAGO

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE                                             |                                 |                           |                           |
|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|---------------------------|---------------------------|
| TIPO IDENTIFICACIÓN:                                                      | CEDULA DE CIUDADANIA            | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1022325308                |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:                                                    | CRISTIAN CAMILO DUARTE MARTINEZ |                           |                           |
| CIUDAD/MUNICIPIO:                                                         | BOGOTA DISTRITO CAPITAL         | DEPARTAMENTO:             | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL |
| DIRECCIÓN:                                                                | CARRERA 68C 0 19                | TELÉFONO:                 | 2909110                   |
| TIPO APORTANTE:                                                           | 02-INDEPENDIENTE                | CLASE APORTANTE:          | I-INDEPENDIENTE           |
| TIPO EMPRESA:                                                             | PRIVADA                         | ACTIVIDAD ECONOMICA:      | Actividades de apoyo      |
| FORMA DE PRESENTACIÓN:                                                    | ÚNICO                           |                           |                           |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): |                                 |                           | NO                        |

| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA |              |                     |                   |
|--------------------------------|--------------|---------------------|-------------------|
| NÚMERO PLANILLA:               | 2325332709   |                     | TIPO DE PLANILLA: |
| PERIODO COTIZACIÓN:            | MES: febrero | PERIODO COTIZACIÓN: | I-INDEPENDIENTES  |
| OTROS SUBSISTEMAS:             | AÑO: 2020    | SALUD:              | MES: febrero      |
|                                |              |                     | AÑO: 2020         |

| INFORMACIÓN FECHAS DE PAGO |              |                  |                 |
|----------------------------|--------------|------------------|-----------------|
| FECHA LIMITE DE PAGO       | DIAS DE MORA | VALOR DE LA MORA | VALOR POR PAGAR |
| 2020/03/24                 | 20           | \$ 5.700         | \$ 387.800      |
| 2020/03/25                 | 21           | \$ 6.000         | \$ 388.100      |
| 2020/03/26                 | 22           | \$ 6.300         | \$ 388.400      |
| 2020/03/27                 | 23           | \$ 6.500         | \$ 388.600      |
| 2020/03/30                 | 26           | \$ 7.400         | \$ 389.500      |
| 2020/03/31                 | 27           | \$ 7.700         | \$ 389.800      |

| LIQUIDACIÓN GENERAL   |        |                    |            |              |
|-----------------------|--------|--------------------|------------|--------------|
|                       |        |                    | TOTALES    |              |
|                       |        |                    | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| PENSIÓN               |        |                    |            |              |
| ADMINISTRADORA        |        |                    |            |              |
| NIT                   | CÓDIGO | NOMBRE             |            |              |
| 900336004             | 25-14  | 25-14 COLPENSIONES | 1          | \$ 185.600   |
| SUBTOTAL:             |        |                    | 1          | \$ 185.600   |
| SALUD                 |        |                    |            |              |
| ADMINISTRADORA        |        |                    |            |              |
| NIT                   | CÓDIGO | NOMBRE             |            |              |
| 860066942             | EPS008 | EPS008-COMPENSAR   | 1          | \$ 145.000   |
| SUBTOTAL:             |        |                    | 1          | \$ 145.000   |
| CAJA DE COMPENSACIÓN  |        |                    |            |              |
| ADMINISTRADORA        |        |                    |            |              |
| NIT                   | CÓDIGO | NOMBRE             |            |              |
| 860066942             | CCF24  | CCF24-COMPENSAR    | 1          | \$ 23.200    |
| SUBTOTAL:             |        |                    | 1          | \$ 23.200    |
| RIESGOS PROFESIONALES |        |                    |            |              |
| ADMINISTRADORA        |        |                    |            |              |
| NIT                   | CÓDIGO | NOMBRE             |            |              |
| 890903790             | 14-11  | 14-11 - ARL SURA   | 1          | \$ 28.300    |
| SUBTOTAL:             |        |                    | 1          | \$ 28.300    |

|                         |                   |
|-------------------------|-------------------|
| <b>TOTAL POR PAGAR:</b> | <b>\$ 387.800</b> |
|-------------------------|-------------------|

**Pago PSE**

**Resultado de su transacción**

**Código único CUS**

585431774

**Destino de pago**

SOI ACH

**Motivo**

Pago de la Planilla Integrada de Seguridad Social y Parafiscales

**Fecha**

27/03/2020

**Número de aprobación**

00431774

**Dirección IP**

191.95.51.9

**Valor transacción**

\$ 388.600,00

**Referencia 1**

172.16.20.168

**Referencia 2**

CC

**Referencia 3**

1022325308