

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 2745-2020	C.D.P. No.:	10	Proceso al que pertenece:	URGENCIAS
				Unidad a la que pertenece:	UMHES JORGE ELIECER GAITAN
Nombre del Contratista:	HELLEN ANDREA MUÑOZ BUSTACARA			C.C.	1.014.200.741 de: BOGOTA
Fecha Inicio:	2020-02-01	Fecha Terminación inicial:	2020-07-31	Valor Mensual:	\$ 1.728.384
				Valor a cobrar:	\$ 1.458.324

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	\$ 936.208	1960	2020-08-01	2020-08-31
2	\$ 1.524.104	2703	2020-09-01	2020-09-30
3	\$ 2.220.024	3206	2020-10-01	2020-10-31
4	\$ 1.620.360	3443	2020-11-01	2020-11-30
5	\$ 5.446.210	3831	2020-12-01	2021-01-31
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	FEBRERO 20	\$ 1.575.350	\$ 274.500	39991343
2	MARZO 20	\$ 1.593.354	\$ 274.800	41492359
3	ABRIL 20	\$ 1.512.336	\$ 271.700	42133067
4	MAYO 20	\$ 1.440.320	\$ 271.700	42887333
5	JUNIO 20	\$ 1.440.320	\$ 157.600	36041674
6	JULIO 20	\$ 1.683.374	\$ 271.700	43842306
7	AGOSTO 20	\$ 1.449.322	\$ 271.700	44928457
8	SEPTIEM 20	\$ 1.683.374	\$ 271.700	754916688
9	OCTUBRE 20	\$ 1.611.358	\$ 271.700	46028655
10	NOVIEM 20	\$ 1.458.324	\$ 271.700	46887010
11				
12				

Resumen de contrato	VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
	\$ 10.370.304	\$ 22.117.210	\$ 15.447.432	\$ 6.669.778

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

OBJETO DEL CONTRATO

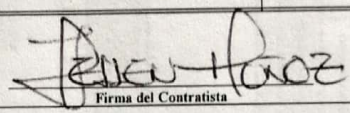
PRESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO DE MANERA PERSONAL Y AUTONOMA, EN SU CONDICIÓN DE TÉCNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERÍA, PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIAL EN LOS PROCESOS DE GESTIÓN HOSPITALARIA, URGENCIAS Y QUIRURGICOS, CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD E.S.E.

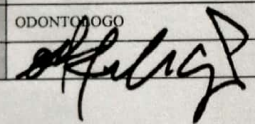
Relación de actividades para el periodo: Desde: 2020-11-01 Hasta: 2020-11-30

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)

DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO

	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	<p>Prestar el servicio de conformidad con la programación de agenda acordada con el supervisor del contrato, para el desarrollo de sus actividades.</p>	<p>Los archivos correspondientes a cada una de las actividades se encuentran en el correo odontosubredco@gmail.com y una carpeta reposa en el computador de la oficina de Odontología en la USS Candelaria.</p>
2	<p>Controlar los signos vitales de cada uno de los pacientes asignados con la periodicidad requerida según orden médica, orden de Enfermería y protocolo institucional, informando al médico y enfermera las alteraciones encontradas y registrándolas en la historia clínica digital.</p>	
3	<p>Orientar y preparar a los pacientes para exámenes diagnósticos de acuerdo con los protocolos de manejo y tecnología requerida. Según normas establecidas para cada procedimiento.</p>	
4	<p>Realizar actividades propias del cuidado de enfermería previniendo acciones inseguras en la prestación de servicios de salud.</p>	
5	<p>Notificar inmediatamente las acciones inseguras ocurridas a sus pacientes al médico de turno, jefe inmediato y en el sistema de reporte.</p>	
6	<p>Informar a la enfermera jefe del servicio y al médico tratante, sobre los cambios del estado clínico de los pacientes en forma oportuna y adecuada.</p>	
7	<p>Revisar la Historia clínica de los pacientes asignados conociendo su evolución diaria, tratamiento, para realizar el plan de cuidado de enfermería integral del paciente.</p>	
8	<p>Mantener limpio y ordenado la unidad de los pacientes asignados durante el turno.</p>	
9	<p>Realizar registros clínicos en forma oportuna, diligenciando todas las variables correctamente y dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999 y mantener organizadas las historias clínicas de acuerdo al Manual y normatividad vigente de la Entidad</p>	

10	Cumplir las normas institucionales de bioseguridad, vigilancia epidemiológica, gestión ambiental, salud ocupacional y demás políticas Institucionales.		
11	Responder por los inventarios, conservación y uso adecuado de los equipos, elementos e insumos, al igual que el cuidado de la infraestructura del servicio y/o área donde se encuentre desarrollando las actividades.	Se realiza un adecuado uso de los equipos y elementos, al igual que la infraestructura y área donde desarrollo mis actividades.	Equipos y elementos del área de trabajo.
12	Cumplir con los procesos, procedimientos, guías y demás normas definidas por la entidad, de conformidad con el objeto del contrato.		
13	Asistir a reuniones y capacitaciones programadas por la entidad.		
14	Realizar la desinfección de manera oportuna de la unidad del paciente de acuerdo a los protocolos institucionales.		
15	Realizar la toma oportuna de las muestras de laboratorio que requieran los pacientes con el fin de agilizar el tratamiento.		
16	Asistir en la alimentación a los pacientes asignados conservando las precauciones establecidas según el caso.		
17	Realizar el control de líquidos administrados y eliminados registrando en forma oportuna y adecuada los resultados de acuerdo al protocolo institucional.		
18	Portar el uniforme deteniendo en cuenta las normas higiene y bioseguridad de la Subred.		
19	Ofrecer trato con calidez y calidad al paciente y la familia, dando una atención humanizada conservando el respeto por la dignidad humana.		
20	Impartir educación al paciente y a la familia sobre los cuidados específicos a tener en casa de acuerdo a la situación clínica del paciente.		
21	Mantener la reserva de la información clínica y personal de los pacientes.		
22	Ejercer las actividades propias de la formación técnica de conformidad con las normas y/o reglamentos de acuerdo al objeto contractual y las necesidades del servicio.		
Observaciones:		 Firma del Contratista	
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		C.C.	1.014.200.741 de BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	EDILBERTO MAHECHA GARCIA
CARGO:	ODONTÓLOGO
FIRMA	

DATOS DEL APORTANTE					
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCION	TELÉFONO	CORREO
CC	1014200741	HELLEN ANDREA MUÑOZ BUSTAMAZA	calle 68 # 81 b 18	3701047	hellenmunoz89@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CUIDAD / MUNICIPIO
ÚNICA	1 - Independiente			BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMESIAÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAMESIAÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLERADOS UPC
					1 0
PERÍODO SALUD	PERÍODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2020-10	2020-10	1	26/11/2020	46857010	\$271.700

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD									
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor	
EPS010	EPS Sura	80008702-2	108.800	0	0	0	0	0	0
					Valor Mora		Valor Mora UPC		No. Afiliados
					Cotización		0		1

TOTALES PENSION

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	Pension	800224802-6	140.500	0	0	0	0	0	0	0	140.500	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal	No. Radicado	Valor Saldo a Favor	Fondo	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	21.400				21.400	0	0	21.400			214	21.400	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
------------	--------	-----	--------------	-----------	-------------------	---------------	---------------

TOTALES PARA FISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	1	1
ICBF				
0	0	0	1	1
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, RP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	109.800	109.800
Pension	1	140.500	140.500
Riesgo Laborales	1	21.400	21.400
CCF			
	0	0	0
ESAP			
	0	0	0
ICBF			
	0	0	0
MEN			
	0	0	0
SENA			
	0	0	0
TOTALES	3	271.700	271.700