

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: **PS 1785 2020** C.D.P. No.: **11** Proceso al que pertenece: **MEDIANA COMPLEJIDAD ASISTENCIAL**
Unidad a la que pertenece: **SAN BLAS**

Nombre del Contratista: **KAREN JULIETH GOMEZ LEAL** C.C. **1.023.946.879** dc: **BOGOTA D.C**

Fecha Inicio: **2020-02-01** Fecha Terminación Inclat: **2020-07-31** Valor Mensual: **\$ 1.620.360** Valor a cobrar: **\$ 1.980.000**

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	\$ 2.214.492	11	2020-08-01	2020-08-31
2	\$ 2.160.480	2714	2020-09-01	2020-09-30
3	\$ 2.404.236	2870	2020-09-01	2020-09-30
4				
5				
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	\$ 2.160.480	\$ 271.700	8340477353
2	MARZO	\$ 2.160.480	\$ 271.700	8341108403
3	ABRIL	\$ 1.620.360	\$ 271.700	8341778021
4	MAYO	\$ 1.728.384	\$ 271.700	8342436688
5	JUNIO	\$ 1.728.384	\$ 257.700	8343161688
6	JULIO	\$ 1.512.336	\$ 257.700	8343810538
7	AGOSTO	\$ 1.944.168	\$ 257.700	8344551162
8	SEPTIEMBRE	\$ 1.980.000	\$ 257.700	8345183533
9				
10				
11				
12				

Resumen de contrato	VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
	\$ 11.558.568	\$ 18.337.776	\$ 14.834.592	\$ 3.503.184

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: **2020/09/01** Hasta: **2020/09/30**

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	SE CUMPLE HORARIO DE TURNOS SEGÚN PROGRAMACION ACORDADA CON EL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA	COORDINADORA DE ENFERMERIA, CUADRO DE TURNOS MENSUAL, LIBRO DE RECIBO Y ENTREGO DE TURNO
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	SE REALIZA TOMA, CONTROL Y REGISTRO DE SIGNOS VITALES DE PACIENTES A CARGO, SEGÚN PROTOCOLO INSTITUCIONAL Y DE ACUERDO A NECESIDAD DEL PACIENTE	DINAMICA (SIGNOS VITALES), HOJA DE SIGNOS UCI 1/2
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	SE BRINDA INFORMACION NECESARIA A LOS PACIENTES SOBRE LA PREPARACION SEGUN EXAMEN SOLICITADO	NOTA DE ENFERMERIA
4	REALIZAR ACTIVIDADES PROPIAS DEL CUIDADO DE ENFERMERIA PREVIENIENDO ACCIONES INSEGURAS EN LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD	SE BRINDA EDUCACION AL PACIENTE SOBRE LA IMPORTANCIA DE MANTENER BARANDAS DE SEGURIDAD ELEVADAS, USO DE TAPABOCAS, USO DE UN CALZADO ADECUADO Y DEMAS MEDIDAS NECESARIAS PARA EVITAR EVENTOS ADVERSOS	HOJA DE EDUCACION - NOTA DE ENFERMERIA
5	NOTIFICAR INMEDIATAMENTE LAS ACCIONES INSEGURAS OCURRIDAS A SUS PACIENTES AL MEDICO DE TURNO, JEFE INMEDIATO Y EN EL SISTEMA DE REPORTE	EN CASO DE HABER UN EVENTO ADVERSO SE NOTIFICA A JEFE Y MEDICO DE TURNO Y ASI MISMO SE REGISTRA EN EL SISTEMA	NOTA DE ENFERMERIA
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 A JEFE Y MEDICO DE TURNO SI EXISTE ALGUN CAMBIO EN EL ESTADO CLINICO DEL PACIENTE DE MANERA OPORTUNA	NOTA DE ENFERMERIA
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 VERIFICA HISTORIA CLINICA DE LOS PACIENTES ASIGNADOS CON EL FIN DE CONOCER SU DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO Y PLAN DE CUIDADO	NOTA DE ENFERMERIA
8	MANTENER LIMPIO Y ORDENADO LA UNIDAD DE LOS PACIENTES ASIGNADOS DURANTE EL TURNO	SE MANTIENE ORDEN Y LIMPIEZA DE LA UNIDAD DE LOS PACIENTES ASIGNADOS	NOTA DE ENFERMERIA
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.	SE REALIZAN LOS REGISTROS CLINICOS NECESARIOS Y DEBIDAMENTE DILIGENCIADOS, ASI MISMO SE ORDENA HISTORIA CLINICA DE ACUERDO AL PROTOCOLO INSTITUCIONAL	NOTA DE ENFERMERIA
10	CUMPLIR LAS NORMAS INSTITUCIONALES DE BIOSEGURIDAD,VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA,GESTION AMBIENTAL, SALUD OCUPACIONAL Y DEMAS POLITICAS INSTITUCIONALES	SE CUMPLEN CON LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD Y DEMAS POLITICAS INSTITUCIONALES	JEFE INMEDIATA
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.	SE REALIZA INVENTARIO DE LOS ELEMENTOS E INSUMOS DEL SERVICIO	LIBRO DE INVENTARIO
12	CUMPLIR CON LOS PROCESOS, PROCEDIMIENTOS,GUIAS Y DEMAS NORMAS DEFINIDAS POR LA ENTIDAD, DE CONFORMIDAD CON EL OBJETO DEL CONTRATO.	SE CUMPLE CON LAS NORMAS DEFINIDAS POR LA INSTITUCION	NOTA DE ENFERMERIA
13	ASISTIR A REUNIONES Y CAPACITACIONES PROGRAMADAS POR LA ENTIDAD.	SE ASISTE A LAS CAPACITACIONES PROGRAMADAS POR LA INSTITUCION	HOJA DE ASISTENCIA
14	REALIZAR LA DESINFECCION DE MANERA OPORTUNA DE LA UNIDAD DEL PACIENTE DE ACUERDO A LOS PROTOCOLOS INSTITUCIONALES	SE REALIZA DESINFECCION DE LA UNIDAD RECURRENTES Y TERMINAL DE ACUERDO A PROTOCOLO INSTITUCIONAL	CARPETA DE DESINFECCION
15	REALIZAR LA TOMA OPORTUNA DE LAS MUESTRAS DE LABORATORIO QUE REQUIERAN LOS PACIENTES CON EL FIN DE AGILIZAR EL TRATAMIENTO	SE REALIZA TOMA DE LABORATORIOS SEGÚN ORDEN MEDICA	NOTA DE ENFERMERIA
16	ASISTIR EN LA ALIMENTACION A LOS PACIENTES ASIGNADOS CONSERVANDO LAS PRECAUCIONES ESTABLECIDAS SEGUN EL CASO.	SE ASISTE ALIMENTACION A LOS PACIENTES QUE LO REQUIERAN Y SEGÚN CONDICION	NOTA DE ENFERMERIA (DINAMICA)
17	REALIZAR EL CONTROL DE LIQUIDOS ADMINISTRADOS Y ELIMINADOS REGISTRANDO EN FORMA OPORTUNA Y ADECUADA LOS RESULTADOS DE ACUERDO AL PROTOCOLO INSTITUCIONAL.	SE REALIZA CONTROL DE LIQUIDOS ADMINISTRADOS Y ELIMINADOS DURANTE EL TURNO	DINAMICA (CONTROL DE LIQUIDOS)

18	PORTAR EL UNIFORME TENIENDO EN CUENTA LAS NORMAS DE HIGIENE Y BIOSEGURIDAD DE LA SUBRED.	SE PORTA EL UNIFORME ADECUADO DE ACUERDO A NORMAS INSTITUCIONALES	DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA
19	OFRECER TRATO CON CALIDEZ Y CALIDAD AL PACIENTE Y LA FAMILIA , DANDO UNA ATENCION HUMANIZADA , CONSERVANDO EL RESPETO POR LA DIGNIDAD HUMANA.	SE BRINDA ATENCION HUMANIZADA Y DE CALIDAD TANTO A LOS PACIENTES COMO A LOS FAMILIARES	JEFE INMEDIATA
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.	SE BRINDA EDUCACION AL PACIENTE Y FAMILIARES SOBRE LOS CUIDADOS GENERALES DE ACUERDO A CONDICION DEL PACIENTE	HOJA DE EDUCACION, NOTA DE ENFERMERIA (DINAMICA)
21	MANTENER LA RESERVA DE LA INFORMACION CLINICA Y PERSONAL DE LOS PACIENTES.	SE MANTIENE CONFIDENCIALIDAD DE HISTORIA CLINICA	NOTA DE ENFERMERIA (DINAMICA)
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.	SE REALIZAN ACTIVIDADES PROPIAS DE ACUERDO A MI FORMACION TECNICA Y QUE ESTEN CONTEMPLADAS EN EL CONTRATO	NOTA DE ENFERMERIA (DINAMICA)

Observaciones:

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.

1.023.946.879

Firma del Contratista

de

BOGOTÁ D.C

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS

NOMBRE:

CARGO:

FIRMA

**CERTIFICADO DE APORTES AL
SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL**

La empresa **karen julieth gomez leal**, identificada con **CC** número **1023946879**, aportó por el empleado **KAREN JULIETH GOMEZ LEAL** identificado(a) con **CC** número **1023946879** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, para el periodo de pensión de 2020-8 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	C	N	G	I	D	E	T	A	P	V	S	L	E	V	A	V	C	CORRECCION	DIAS	IBC	TARIFA APOORTE	COTIZACION Y/O APOORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NUMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
EPS005	Sanitas EPS	59																	0	30	\$877,803	0.12500	\$109,800	\$0	\$0	Agosto - 2020	45183533	14/09/2020	No	
230301	Porvenir	59																	0	30	\$877,803	0.16000	\$140,500	\$0	\$0	Agosto - 2020	45183533	14/09/2020	No	
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	59																	0	30	\$877,803	0.02436	\$21,400	\$0	\$0	Agosto - 2020	45183533	14/09/2020	No	

El presente certificado se expide a los **21** días del mes **September** de **2020**

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.



03-SICV82-16



00-SICV06-1

