

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO: APO	PS 4703 2020	C.B.F. No:	1093	Presente el que pertenece:	PROCESO ASISTENCIAL/ENFERMERIA
Unidad a la que pertenece:	UNIDAD SANTA CLARA				
Nombre del Contratista:	YAZMIN RODRIGUEZ MARTINEZ			C.C.	1.130.597.956
Fecha Inicio:	2020-11-10	Fecha Terminación Inicial:	2020-11-30	Valor Mensual:	\$ 1.620.360
				Valor a cobrar:	\$ 1.620.360

ADICIÓN/ QUITA	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE CORRIÓ	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	NOVIEMBRE	\$1.530.340	\$271.700	46315476
2	DICIEMBRE	\$1.818.700	\$271.700	46951316
3	ENERO	\$1.620.320	\$271.700	47662280
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				

Resumen de contrato	VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
	\$ 1.555.546	\$ 5.120.338	\$ 4.969.368	\$ 150.970

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

OBJETO DEL CONTRATO

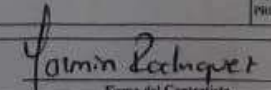
PRESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO DE MANERA PERSONAL Y AUTÓNOMA, EN SU CONDICIÓN DE ENFERMERA, PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LOS PROCESOS DE GESTIÓN HOSPITALARIA, URGENCIAS Y QUIRÚRGICOS, CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE LA SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Relación de actividades para el periodo: Desde: 2021-01-01 Hasta: 2021-01-31

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las adaptadas por la unidad)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO	
	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERÍODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1. Identificar las infecciones asociadas a la atención en salud.	Informar la evolución clínica, las actividades realizadas y las pendientes, el estado de los equipos, el nivel de existencias de insumos, el inventario del servicio y del cuerpo de paro, los traslados, ingresos, relaciones familia-paciente y demás relacionadas, con el fin de proporcionar al turno entrante la información necesaria para la continuidad del plan.	RECIBO TURNO EN URGENCIAS EN FASILLO 2 Y SE FIRMA LIBRO
2. Investigar el tipo de infección, agente etiológico, factores de riesgo para iniciar acciones de control, identificar y emitir alertas epidemiológicas para direccionar medidas de control inmediato, documentación de las acciones.	De acuerdo con la patología, la evolución y las órdenes médicas para definir lo que se debe ejecutar.	SE TOMAN SIGNOS Y SE REGISTRAN EN DINÁMICA
3. Participar en la investigación de brotes y efectuar notificación inmediata y obligatoria de infecciones intrahospitalarias en caso de confirmación y ejecución de las intervenciones requeridas.	Distribuir los paciente y las actividades específicas del servicio que deben desarrollar de acuerdo con el plan de cuidados de cada paciente.	SEGÚN LA ASIGNACIÓN DE PACIENTES SE REALIZAN LAS ACTIVIDADES SE VERIFICA GOTEO DE LIQUIDOS VENOPUNCIÓNES Y TOMA
4. Velar por el cumplimiento de la normatividad institucional, local y nacional respecto a IAAS.	Promover la recuperación del paciente.	SE HACEN RONDAS VERIFICANDO EL ESTADO DEL PACIENTE
5. Analizar la información del comportamiento de IAAS, junto con Infectología o las especialidades involucradas en el manejo de los casos.	Tener en cuenta las órdenes médicas, la evolución y los reportes diagnósticos para valorar la evolución del paciente y garantizar integridad en el manejo de la información.	SE REALIZAN PROCEDIMIENTOS SEGÚN ORDENES MÉDICAS
6. Participar en la vigilancia del cumplimiento de los protocolos o guías de procedimientos y normas de bioseguridad.	Dejar constancia escrita y legal de lo actuado.	SE HACEN NOTAS DE ENFERMERIA Y SE REGISTRAN EN DINÁMICA
7. Participar en los procesos capacitación para el personal de la institución.	Constatar la producción de la unidad y las especialidades.	ASISTO A CAPACITACIONES SEGÚN PROGRAMACIÓN DE LA INSTITUCIÓN
8. Asistir a las reuniones manuales ordinarias y extraordinarias cuando sea necesario.	Asistir a las reuniones manuales ordinarias y extraordinarias cuando sea necesario.	SI CUANDO ME CITAN SI
9. Realizar el registro y el envío oportuno de los informes solicitados por la Institución o otras entidades.	Para el desarrollo y formación del recurso humano en salud.	SE VERIFICA H.C. Y SE REALIZAN NOTAS DE ENFERMERIA EN DINÁMICA
10. Notificar los sucesos de calidad que se presenten en el servicio.	Mejoramiento continuo de la calidad de la atención del paciente.	EN CASO QUE HAYA UN SUCESO SE REPORTA A SEGURIDAD AL PACIENTE POR LOS MEDICOS ESTABLECIDOS
11. Participar en los análisis a los que sea convocados.	Promover procesos de mejoramiento continuo.	DAR EDUCACIÓN AL FAMILIAR Y EL PACIENTE SEGÚN PROTOCOLOS INSTITUCIONALES
12. Acompañar y observar la implementación de las acciones de mejora definidas para los diferentes servicios.	Realizar los pedidos con oportunidad y suficiencia, velar por el uso racional de los mismos.	HACER BUEN USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL
13. Participar en la elaboración y actualización de los manuales de normas procedimientos y protocolos asistenciales del área.	Utilizar criterios en el desarrollo de las actividades.	VERIFICAR Y COMPROBAR CON BUEN FUNCIONAMIENTO DE LOS PROCESOS INSTITUCIONALES EX
14. Mantener la reserva de la información.	Conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico y manejo de los pacientes.	CONFIDENCIALIDAD DEL DIAGNÓSTICO DEL PACIENTE
15. Informar al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de sus obligaciones.	Velar por el cumplimiento de las normas de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad.	AVISAR SOBRE LOS FALTANTES DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL
16. Asistir al Comité Institucional y técnico Distrital de infecciones intrahospitalarias.		ASISTIR A CAPACITACIONES QUE NOS PROGRAMEN

Observaciones:

Se anexa certificación de pago a hora, paciente y ARL.
La nota de valor contrato nuevo se debe anexar también la certificación bancaria con la primera cuota de cobro.


Firma del Contratista
 C.C. 1.130.597.956 de Cali Valle.

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



PAG 1 de 2

DATOS DEL APORTANTE					
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO
CC	113867084	YAZMIN RODRIGUEZ MARTINEZ	Ci 57a Sur N 52a E 1	3113884	yazmin2308@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIVIDAD / MUNICIPIO
UNICA	1 - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.
					EXHIBIDO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
					NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMENSAO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAMENSAO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLICACIONE
					UPC
					1
					0
					TOTAL A PAGAR
2020-12	2020-12	1		47862282	\$289.300

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD											
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacitados		Licencia Maternidad		Días More	Valor More Cotización	Valor More UPC
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor			
EP608	Compensar EPS	880268642-7	109.800	0	0	0	0	0	0	0	109.800
											No. Afiliados
											1

TOTALES PENSION											
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días More	Valor More Cotización	Valor More FSP	Total a Pagar
25-14	Colpensiones	800338004-7	140.500	0	0	0	0	0	0	0	140.500
											No. Afiliados
											1

TOTALES RIESGOS LABORALES											
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacitados		Aportes Otros Sistemas	Valor More Cotización	Días More	Valor More Cotización	Subtotal	No. Radicado
				No. Autorización	Valor					Saldo a Favor	Saldo a Favor
14-7	Seguros Sulvar S.A.	880002529-2	21.400				21.400	0	0	21.400	214
										Fondo: Solidaridad	Total a Pagar
											21.400
											No. Afiliados
											1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días More	Valor More Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF26	Compensar Caja	880068940-7	17.800	0	0	17.800	0

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días More	Valor More Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradores Reportados	Valor antes de IGE, LMA, RP y More	Total a Pagar
Salud	1	109.800	109.800
Pension	1	140.500	140.500
Riesgos Laborales	1	21.400	21.400
CCF	1	17.800	17.800
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	289.300	289.300