SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CODIGO: APA-FT-034
VERSIÓN: 02
FECHA: 2020-05-04

## 1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

**No. CONTRATO - OPS:** PS 6706 2020 **C.D.P. No.:** 3693 **Proceso al que pertenece:** PROCESO ASISTENCIAL/ENFERMERIA
**Unidad a la que pertenece** UNIDAD SANTA CLARA

**Nombre del Contratista:** CLAUDIA SMITH PEREZ FONSECA **C.C.** 53 166 816 **de:** BOGOTA

**Fecha Inicio:** 2020-09-26 **Fecha Terminación incial:** 2020-11-30 **Valor Mensual** $ 1 674 372 **Valor a cobrar:** $ 1 674 372

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | $ 1 996 888 | 3840 | 2020-01-12 | 2021-01-31 |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 22 | | | | |

| Nº CTA | MES DE CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR | VALOR PAGO SEGURIDAD | NÚMERO DE PLANILLA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | ENERO | $ 0 | $ 0 | 0 |
| 2 | FEBRERO | $ 0 | $ 0 | 0 |
| 3 | MARZO | $ 0 | $ 0 | 0 |
| 4 | ABRIL | $ 0 | $ 0 | 0 |
| 5 | MAYO | $ 0 | $ 0 | 0 |
| 6 | JUNIO | $ 0 | $ 0 | 0 |
| 7 | JULIO | $ 0 | $ 0 | 0 |
| 8 | AGOSTO 1-14 | $ 0 | $ 0 | 0 |
| 9 | AGOSTO 15-31 | $ 0 | $ 0 | 0 |
| 10 | SEPTIEMBRE | $ 0 | $ 0 | 0 |
| 11 | OCTUBRE | $ 2 112 000 | $ 271 700 | 8345527122 |
| 12 | DICIEMBRE | $ 1 998 444 | $ 271 700 | 8346801715 |
| 22 | ENERO 2021 | $ 1 674 372 | $ 271 700 | 8347522691 |

**Resumen de contrato**

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 1.798.600 | $ 5.795.488 | $ 5.784.816 | $ 10.672 |

## 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 perio** **Desde:** 2021-01-01 **Hasta:** 2021-01-31

| | OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta) | DESCRIPCION DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 1 | indentificar las infecciones asociadas a la atencion en salud | Informo sobre la evolución y las actividades realizadas con el fin de proporionar al turno entrante información actualizada y dar continuidad del cuidado de enfermeria | SE RECIBE TURNO EN URGENCIAS UNIDAD DE BAHIAS Y SE FIRMA LIBRO |
| 2 | Controlar los signos vitales de cada uno de los pacientes asignados con la periodicidad requerida según orden médica, orden de Enfermería y protocoló institucional, informando al médico y enfermera las alteraciones encontradas y registrándolas en la historia clínica digital | Cumple con los procedimientos y protocolos hospitalarios del servicio, tendientes a promover la recuperacion del paciente. | SE REALIZA CONTROL Y REGISTRO DE SIGNOS VITALES A HORARIO EN NOTA DE ENFERMERIA ESCRITA |
| 3 | participar en las investigaciones de brotes y efectuar notificaciones inmediatas obligatorias de infecciones intrahospitalarias en caso de confirmacion y ejecucion de las intervenciones requeridas | distribuir los pacientes las actividaes especificas del servicio que deben desarrollar de acuerdo con el plan de cuidado del paciente | SEGÚN LA ASIGNACION DE PACIENTES SE REALIZAN LAS ACTIVIDADES, SE VERIFICAN GOTEO DE LIQUIDOS, VENOCLISIS Y TOMA DE |
| 4 | velar por el cumplimiento de la normatividad institucional local y nacional respecto a 1AAS | promoyer la recuperacion del paciente | SE REALIZAN RONDAS DE ENFERMERIA VERIFICANDO EL ESTADO DEL PACIENTE |
| 5 | analizar la informacion del comportamiento de 1AAS unto con infectologia a las espacialidades involucadas en los casos | tener en cuenta las ordenes medicas, evolucion y reportes diagnosticos para valorar la evolucion del paciente y garantizar integridad en el manejo de la informacion | SE REALIZAN LOS PROCEDIMIENTOS SEGÚN ORDENES MEDICAS |
| 6 | participa en la vigilancia de los protocolos o guias de procedimientos y normas de bioseguridad | deja constancia cientifica y legal de lo actuado | SE HACEN NOTAS DE ENFERMERIA DE FORMA ESCRITA |
| 7 | participa en los procesos de capacitacion por el personal de la institucion | consolidar la proteccion de la unidad y las especialidades | ASISTO A CAPACITACIONES SEGÚN PROGRAMACION DE LA INSTITUCION |
| 8 | Asistir a reuniones mensuales y extraordinarias cuando sean necesarias y sean programadas por la entidad | asistir a las reuniones mensuales y extraordinarias cuando sea necesario | SI, CUANDO ME CITAN SI |
| 9 | realizar registro y el envio oportuno de los informes solicitados porla institucion u o entidad | para el desarrollo y formacion del recurso humano en salud | SE VERIFICA HISTORIA CLINICA Y SE REALIZAN NOTAS DE ENFERMERIA DINAMICA |
| 10 | notificar los sucesos de calidad que se presentan en el servicio | mejoramiento continuo de la calidad de la atencion del paciente | EN CASO DE QUE HAYA UN SUCESO SE REPORTA A SEGURIDAD AL PACIENTE POR LOS MEDIOS |
| 11 | participar en los analisis a los que sea convocados | promover procesos de mejoramiento continuo | DAR EDUCACION AL FAMILIAR Y AL PACIENTE SGUN PROTOCOLOS INSTITUCIONALES |

| SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E<br>APOYO – GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO<br>FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO | | | CÓDIGO: AP-14-ST-014<br>VERSIÓN: 02<br>FECHA: 2020-05-04 |
|---|---|---|---|
| 12 | acompañar y observar la implementacion de las acciones de mejora definidas por los diferentes servicios | realizar los pedidos con oportunidad y suficiencia velar por el uso racional de los insumos | HACER BUEN USO DE LOES ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL |
| 13 | participar en la elaboracion y actualizacion de los manuales de normas procedimientos y protocolos asistenciales del area | unificar criterios en el desarrollo de las actividades | VERIFICAR Y CUMPLIR CON EL BUEN FUNCIONAMIENTO DE LOS PROTOCOLOS |
| 14 | mantener la reserva de la informacion | conocer y plantear nuevas alternativas de diagnosticos y manejos de pacientes | CONFIDENCIALIDAD DEL DIAGNOSTICO DEL PACIENTE |
| 15 | informar al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte al cumplimiento de sus obligaciones | velar por el seguimiento de las normas de bioseguridad salud ocupacional gestion ambiental y calidad | AVISAR SOBRE LOS FALTANTES DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL |
| 16 | Asistir al comité institucional y tecnico distrital de infecciones intrahospitalarias | | ASISTIR A CAPACITACIONES QUE NOS PROGRAMEN |

| | |
|---|---|
| **Observaciones:**<br><br>se anexa certificacion de pago a salud, pension y ARL.<br>En caso de tener contrato nuevo se debe anexar tambien la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro | Claudia Perez S<br>**Firma del Contratista**<br>C.C. 53.166.816 de BOGOTA |

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS | |
|---|---|
| **NOMBRE:** | NINI JOHANNA ALVAREZ RIVERA |
| **CARGO:** | ENFERMERA |
| **FIRMA** | |

Nini Johanna Alvarez R.
Enfermera Profesional
R.P. 25
P.A.A.

compensar | miplanilla.com

# CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **CLAUDIA SMITH PEREZ FONSECA**, identificada con **CC** número **53166816**, aportó por el empleado **PEREZ FONSECA CLAUDIA SMITH** identificado(a) con **CC** número **53166816** 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, el periodo de pensión de 12 - 2020 de la siguiente forma.

| CODIGO | NOMBRE ADMINISTRADORA | COTIZANTE | INGRESO | RETIRO | TDA | TDP | TAP | VSP | VTE | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | COTIZACION | DIAS | IBC | TASA APORTE | COTIZACIÓN Y/O APORTE | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | PERIODO | NÚMERO DE PLANILLA | FECHA DE PAGO | EXTRANJERO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 14-7 | Cia. de Seguros Bolivar S.A. | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | 30 | $877,803 | 0.02436 | $21,400 | $0 | $0 | 12/1/2020 12:00:00 AM | 8347522691 | 1/5/2021 12:00:00 AM | NO |
| CCF24 | Compensar Caja de Compensacion Fiar | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | 30 | $877,803 | 0.02000 | $17,600 | $0 | $0 | 12/1/2020 12:00:00 AM | 8347522691 | 1/5/2021 12:00:00 AM | NO |
| EPS008 | Compensar EPS | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | 30 | $877,803 | 0.12500 | $109,800 | $0 | $0 | 12/1/2020 12:00:00 AM | 8347522691 | 1/5/2021 12:00:00 AM | NO |
| 230301 | Porvenir | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | 30 | $877,803 | 0.16000 | $140,500 | $0 | $0 | 12/1/2020 12:00:00 AM | 8347522691 | 1/5/2021 12:00:00 AM | NO |

AUX.
186h

PAGADA

El presente certificado se expide a los 20 días del mes Enero de 2021

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