Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

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

**CÓDIGO: AP-IA-FT-014**
**VERSIÓN: 02**
**FECHA: 2020-05-04**

60 H 5

## 1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. CONTRATO - OPS:** | PS 4407 2021 | **C.D.P. No.:** | 751 | **Proceso al que pertenece:** | MEDIANA COMPLEJIDAD ASISTENCIAL |
| | | | | **Unidad a la que pertenece:** | SAN BLAS |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nombre del Contratista:** | MAIRA ALEJANDRA GOMEZ MARTINEZ | | | **C.C.** | 1.030.654.260 | **de:** | BOGOTA |
| **Fecha Inicio:** | 2021-03-23 | **Fecha Terminación Inicial:** | 2021-04-30 | **Valor Mensual:** | $ 1.652.400 | **Valor a cobrar:** | $ 550.800 |

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 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 | MARZO | $ 550.800 | $ 299.400 | 9416883625 |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |

| Resumen de contrato | VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|---|
| | $ 3.139.560 | $ 3.139.560 | $ 550.800 | $ 2.588.760 |

## 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 período:** **Desde:** 2021-03-23 **Hasta:** 2021-03-31

| | OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las relacionadas en la minuta) | DESCRIPCION DEL DESARROLLO | |
|---|---|---|---|
| | | ACTIVIDADES DESARROLLADOS 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 | CUMPLO CON LA PROGRAMACION DE TURNO | REGISTRO ACTIVIDADES EN NOTAS DE ENFERMERIA |
| 2 | CONTROLAR LOS SIGNOS VITALES DE CADA UNO DE LOS PACIENTES ASIGNADOS CON LA PERIODICIDAD REQUERIDA SEGUN ORDEN MEDICA, ORDEN DE ENFERMERIA Y PROTOCOLO INSTITUCIONAL INFORMANDO AL MEDICO Y ENFERMERA LAS ALTERACIONES ENCONTRADAS Y REGISTRANDOLAS EN LA HISTORIA CLINICA DIGITAL | REALIZA EL CONTROL DE SIGNOS VITALES DE LOS PACIENTES A CARGO DE ACUERDO A LA ORDEN MEDICA Y AL ESTADO DEL PACIENTE DE ACUERDO CON EL PROTOCOLO INSTITUCIONAL | TOMO Y REGISTRO SIGNOS VITALES |
| 3 | ORIENTAR Y PREPARAR A LOS PACIENTES PARA EXAMENES DIAGNOSTICO DE ACUERDO CON LOS PROTOCOLOS DE MANEJO Y TECNOLOGIA REQUERIDA SEGÚN NORMAS ESTABLECIDAS PARA CADA PROCEDIMIENTO | PARTICIPA EN LA PREPARACION DE LOS PACIETES A CARGO PARA EXAMENES, DIAGNOSTICOS DE ACUERDO CON LO RELACIONADO POR CADA PROCEDIMIENTO | RELIZO EDUCACION AL PACIENTE Y FAMILIAR ACERCA DEL PROCEDIMIENTO A REALIZAR |
| 4 | REALIZAR ACTIVIDADES PROPIAS DEL CUIDADO DE ENFERMERIA PREVINIENDO ACCIONES INSEGURAS EN LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD | APLICA LAS MEDIDAS NECESARIAS PARA PREVENIR LOS EVENTOS ADVERSOS COMO SON LAS BARRERAS DE SEGURIDAD IMPLEMENTADAS EN LA INSTITUCION | REALIZO EDUCACION DE SEGURIDAD DEL PACIENTE |
| 5 | NOTIFICAR INMEDIATAMENTE LAS ACCIONES INSEGURAS OCURRIDAS A SUS PACIENTES AL MEDICO DE TURNO , JEFE INMEDIATO Y EN EL SISTEMA DE REPORTE | REALIZA NOTIFICACION DE EVENTOS OCURRIDOS MEDIANTE LOS DIFERENTES MEDIOS PARA ELLO | NOTIFICO EN LA PLATAFORMA DE INTRANET EVENTO ADVERSO |
| 6 | INFORMAR A A LA ENFERMERA JEFE DEL SERVICIO Y AL MEDICO TRATANTE , SOBRE LOS CAMBIOS DEL ESTADO CLINICO DE LOS PACIENTES EN FORMA OPORTUNA Y ADECUADA | INFORMA AL MEDICO Y ENFERMERA TODO CAMBIO EN EL ESTADO CLINICO DE LOS PACIENTES DE FORMA OPORTUNA Y TARDE | INFORMO CAMBIO ENCONTRADOS EN MIS PACIENTES |
| 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 | REVISA LA HISTORIA CLINICA DE LOS PACIENTE ASIGNADOS REALIZANDO EL PLAN DE CUIDADOS DE ACUERDO CON EL ESTADO DE LOS MISMOS | ME INFORMO ACERCA DEL DIAGNOSTICO Y PROCEDIMIENTOS DE MIS PACIENTES MEDIANTE LA HIOSTORIA CLINICA |
| 8 | MANTENER LIMPIO Y ORDENADO LA UNIDAD DE LOS PACIENTES ASIGNADOS DURANTE EL TURNO | MANTENIENE EL ORDEN DE LA UNIDADA DE LOS PACIENTES ACARGO DURANTE EL TURNO | LIMPIO Y DESINFECTO UNIDAD EN DONDE ME ENCUENTRO |
| 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 | REALIZA LOS REGISTROS CLINICOS DEACUERDO CON LA RESOLUCION 1995 - 1999 | REALIZO EDUCACION DE SEGURIDAD DEL PACIENTE |
| 10 | CUMPLIR LAS NORMAS INSTITUCIONALES DE BIOSEGURIDAD,VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA,GESTION AMBIENTAL, SALUD OCUPACIONAL Y DEMAS POLITICAS INSTITUCIONALES | CUMPLE CON LAS NORMAS DEL COMITE DE EPIDEMIOLOGIA | UTILIZO LOS MEDIOS DE PROTECCION |
| 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 | REALIZA EL CUIDADO Y LA CUSTODIA DE LOS EQUIPOS, ELEMENTOS E INSUMOS DEL SERVICIO ASIGNADO | REALIZO INVENTARIO DE LOS INSUMOS EN EL SERVICIO |
| 12 | CUMPLIR CON LOS PROCESOS, PROCEDIMIENTOS,GUIAS Y DEMAS NORMAS DEFINIDAS POR LA ENTIDAD, DE CONFORMIDAD CON EL OBJETO DEL CONTRATO. | MANTIENE EN ORDEN LAS HISTORIAS CLINICAS MANUALES DEACUERDO CON EL MANUAL DE HISTORIAS CLINICAS | MANTENGO ORDENADAS LAS HISTORIAS CLINICAS |
| 13 | ASISTIR A REUNIONES Y CAPACITACIONES PROGRAMADAS POR LA ENTIDAD. | ASISTE A LAS REUNIONES DE GRUPO FUNCIONAL Y CAPACITACIONES QUE SE PROGRAMAN POR LA INSTITUCION | ASISTO A CAPACITACIONES Y REUNIONES |
| 14 | REALIZAR LA DESINFECCION DE MANERA OPORTUNA DE LA UNIDAD DEL PACIENTE DE ACUERDO A LOS PROTOCOLOS INSTITUCIONALES | REALIZA LA DESINFECCION DE LAS CAMAS LIBRES APORTANDO CON EL GIRO DE CAMA | REALIZO LIMPIEZA Y DESINFECCION RUTINARIA Y TERMINAL |
| 15 | REALIZAR LA TOMA OPORTUNA DE LAS MUESTRAS DE LABORATORIO QUE REQUIERAN LOS PACIENTES CON EL FIN DE AGILIZAR EL TRATAMIENTO | TOMA DE MUESTRAS SEGUN ORDEN MEDICA Y SEGUN SEA LA URGENCIA | TOMO MUESTRAS DE LABORATORIO CON ORDEN MEDICA Y PROTOCOLO |
| 16 | ASISTIR EN LA ALIMENTACION A LOS PACIENTES ASIGNADOS CONSERVANDO LAS PRECAUCIONES ESTABLECIDAS SEGUN EL CASO | ASISTE A LOS PACIENTE EN SUS NECESIDADES ALIMENTARIAS | ASISTO A LA ALIMENTACION DE MIS PACIENTES |
| 17 | REALIZAR EL CONTROL DE LIQUIDOS ADMINISTRADOS Y ELIMINADOS REGISTRANDO EN FORMA OPORTUNA Y ADECUADA LOS RESULTADOS DE ACUERDO AL PROTOCOLO INSTITUCIONAL | REALIZA EL CONTROL DE LIQUIDOS ADMINISTRADOS Y ELIMINADOS DE FORMA OPORTUNA AL | REALIZO CONTROL DE LIQUIDOS EN LA HISTORIA CLINICA |
| 18 | PORTAR EL UNIFORME TENIENDO EN CUENTA LAS NORMAS DE HIGIENE Y BIOSEGURIDAD DE LA SUBRED. | PORTA EL UNIFORME DE FORMA ADECUADA | UTILIZO MI UNIFORME DE FORMA ADECUADA |
| 19 | OFRECER TRATO CON CALIDEZ Y CALIDAD AL PACIENTE Y LA FAMILIA , DANDO UNA ATENCION HUMANIZADA , CONSERVANDO EL RESPETO POR LA DIGNIDAD HUMANA. | TRATAR AL PACIENTE Y AL FAMILIAR CON TOLERANCIA Y RESPETO | TRATO A MI PACIENTE CON RESPETO |
| 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 | OFRECER EDUCACION TANTO AL PACIENTE COMO AL FAMILIAR | REALIZO EDUCACION DE SEGURIDAD DEL PACIENTE |
| 21 | MANTENER LA RESERVA DE LA INFORMACION CLINICA Y PERSONAL DE LOS PACIENTES. | RESPETAR LA PRIVACIDAD DE LA INFORMACION DE LOS PACIENTES | SOY DISCRETA CON LA INFORMACION DE MIS PACIENTES |
| 22 | EJERCER LAS ACTIVIDADES PROPIAS DE LA FORMACION TECNICA DE CONFORMACION CON LAS NORMAS Y/O REGLAMENTOS DE ACUERDO AL OBJETO CONTRACTUAL Y LAS NECESIDADES DEL SERVICIO, CONTENIDAS EN EL FORMATO DE NECESIDAD DE PERSONAL QUE HACE PARTE INTEGRAL DEL PRESENTE CONTRATO. | CUMPLIR LAS NORMAS DE LAS INSTITUCION DE FORMA INTEGRAL A LAS NECESIDADES DEL SERVICIO | CUMPLO CON LAS NORMAS DE LA INSTITUCION |

**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

Maira Gómez
**Firma del Contratista**

**C.C.** 1.030.654.260 **de** BOGOTA

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS | |
|---|---|
| NOMBRE: | MAYERLY Martinez - Nelba Quintero |
| CARGO: | ENFERMERA |
| FIRMA | |

Mayerli Martinez
ENFERMERA JEFE
C.52.877
HCS

aportes en línea

# Resumen General de Pago

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1030654260 | | GOMEZ MARTINEZ MAIRA ALEJANDRA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | calle40c 79d33sur | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 2738809 | No |

**DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION**

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2021-02 | 2021-02 | 9210712196411799 | 9416883625 | I | 2021/03/12 | 2021/03/15 | BANCO DE OCCIDENTE | 0 | $299,400 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $145,400 | $0 | $0 | $145,400 |
| PORVENIR | 230301 | 800,224,808 | 8 | 1 | $145,400 | $0 | $0 | $145,400 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $22,200 | $0 | $0 | $22,200 |
| SEGUROS BOLIVAR | 14-7 | 860,002,503 | 2 | 1 | $22,200 | $0 | $0 | $22,200 |
| CCF (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $18,200 | $0 | $0 | $18,200 |
| COMPENSAR | CCF24 | 860,066,942 | 7 | 1 | $18,200 | $0 | $0 | $18,200 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $113,600 | $0 | $0 | $113,600 |
| COMPENSAR | EPS008 | 860,066,942 | 7 | 1 | $113,600 | $0 | $0 | $113,600 |
| TOTAL | | | | 1 | $299,400 | $0 | $0 | $299,400 |

PLANILLA PAGADA



2021/03/12 03:44 PM