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

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 incial:**	2021-04-30	**Valor Mensual:**	$ 1.652.400	**Valor a cobrar:**	$ 1.321.920 ✓

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	ABRIL	$ 1.321.920	$ 299.400	9418001403
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

144 h

Resumen de contrato	VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
	$ 3.139.560	$ 3.139.560	$ 1.872.720	$ 1.266.840

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:** 2021-04-01 **Hasta:** 2021-04-30 ✓

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN 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 SEGÚN ORDEN MEDICA, ORDEN DE ENFERMERIA Y PROTOCOLO INSTITUCIONAL INFORMANDO AL MEDICO Y ENFERMERA LAS ALTERACIONES ENCONTRADAS Y REGISTRANDOLAS EN LA HISTORIA CLINICA.	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 EXÁMENES 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 CILINICOS 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	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 A CTIVIDADES 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.	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 Alejandra Gomez
Firma del Contratista

C.C. 1.030.654.260 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS

NOMBRE:	MAYERLY Martinez. - Melba Quintero
CARGO:	ENFERMERA
FIRMA	

P/p.

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1030694400		GOMEZ MARTINEZ MARIA ALEJANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 90c 79c 13sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2738509	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-03	2021-03	946024638	94180031603	I	2021/04/16	2021/04/05	BANCO DAVIVIENDA	0	$299,400

RESUMEN DE PAGO

RUBRO	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

CUENTA DE COBRO (Consecutivo) No. 4 del Mes de Abril de 2021

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD
CENTRO ORIENTE E.S.E.
Nit. 900.959.051.7

DEBE A:

Nombre: Maria Alejandra Gomez Martinez
C.C. No.

La suma de: $ 1'321.920

Total Horas: 144

Por concepto de:

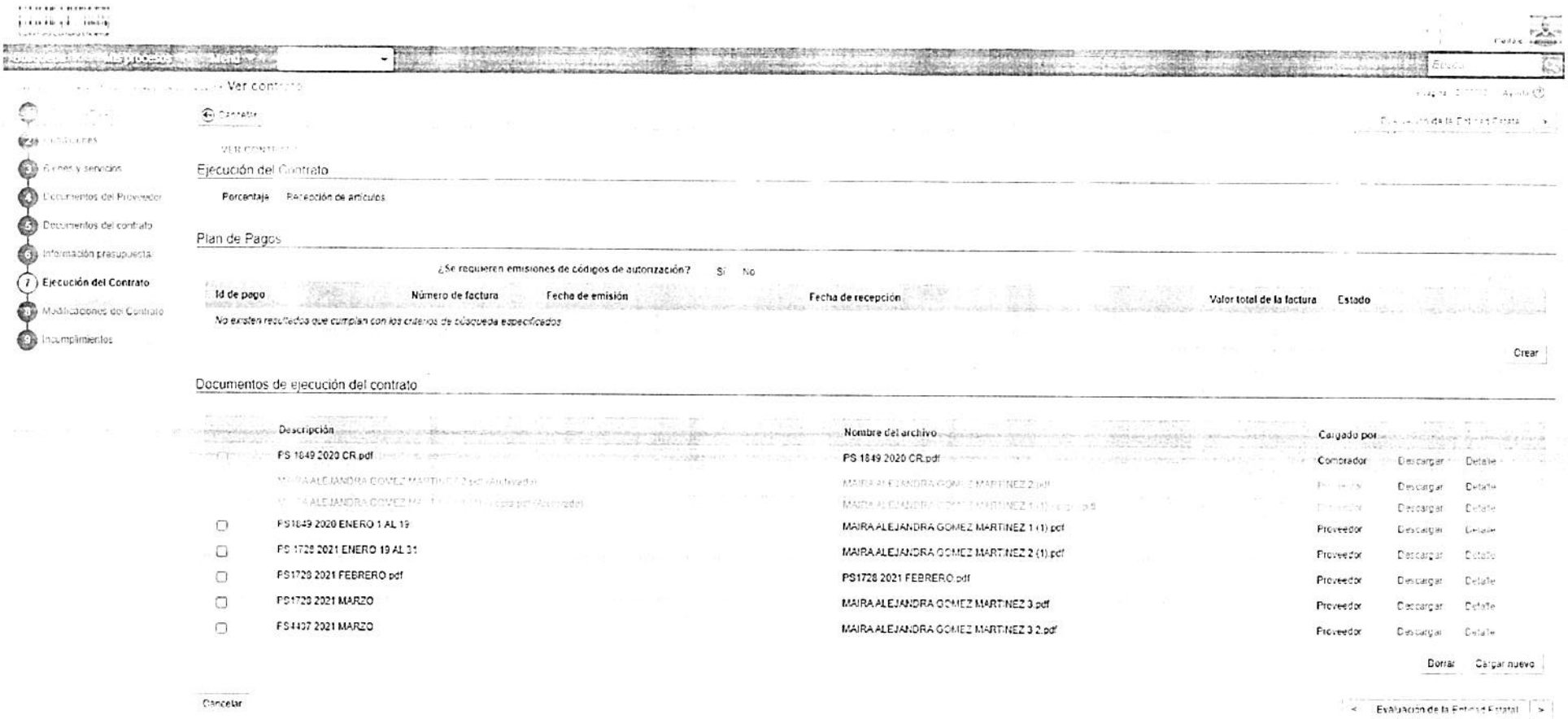
- Honorarios por Prestación de Servicios en cumplimiento del Contrato No. PS 4407 2021, correspondiente al mes de Abril. 2021.

OBJETO: PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES, DE MANERA PERSONAL Y AUTONOMA, EN SU CONDICIÓN DE Auxiliar de Enfermería PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES, EN LOS DIFERENTES SERVICIOS Y EN LAS UNIDADES QUE SE REQUIERA, CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Cordialmente,

Maria Alejandra Gomez Martinez.
C.C. No.
Dirección: Cra. 78 # 40 B 42 Sur
Teléfono: 3507745881

Scanned by TapScanner



Ver contrato

Ejecución del Contrato

Porcentaje | Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Si No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
	FS 1849 2020 CR.pdf	FS 1849 2020 CR.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	[illegible]	[illegible]	[illegible]	Descargar	Detalle
	[illegible]	[illegible]	[illegible]	Descargar	Detalle
☐	FS1849 2020 ENERO 1 AL 19	MAIRA ALEJANDRA GOMEZ MARTINEZ 1 (1).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	FS 1728 2021 ENERO 19 AL 31	MAIRA ALEJANDRA GOMEZ MARTINEZ 2 (1).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	FS1728 2021 FEBRERO.pdf	FS1728 2021 FEBRERO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	FS1728 2021 MARZO	MAIRA ALEJANDRA GOMEZ MARTINEZ 3.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	FS4437 2021 MARZO	MAIRA ALEJANDRA GOMEZ MARTINEZ 3 2.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >