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

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

## 1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| No. CONTRATO - OPS: | PS 3378 2021 | C.D.P. No.: | 305 | Proceso al que pertenece: | PROCESO ASISTENCIAL/ENFERMERIA |
| | | | | Unidad a la que pertenece: | UNIDAD SANTA CLARA |
| Nombre del Contratista: | Gladis viasus canaria | C.C. | 51.858.107 | de: | Bogota |
| Fecha Inicio: | 09/02/2021 | Fecha Terminación Incial: | 31/03/2021 | Valor Mensual: | $ 1.652.400 |
| Valor a cobrar: | $ 1.652.400 | | | | |

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2478600 | 792 | 4/01/2021 | 30/04/2021 |
| 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 |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| 2 | FEBRERO | $ 1.512.336 | $ 281.200 | 10358240000 |
| 3 | MARZO | $ 1.728.384 | $ 281.200 | 1035824689 |
| 4 | ABRIL | $ 1.652.400 | $ 281.200 | 1036426953 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| Resumen de contrato | VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|---|
| | $ 3.481.056 | $ 5.960.448 | $ 3.240.720 | $ 1.067.328 |

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

**OBJETO DEL CONTRATO**

| Relación de actividades para el periodo: | Desde: | 01/04/2021 | Hasta: | 30/04/2021 |
|---|---|---|---|---|

PRESESTAR SUS SERVICIO DE APOYO DE MANERA PERSONAL Y AUTONOMA, EN SU CONDICION DE TÉCNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERIA, PARA LA ELECCION DE ACTIVIDADES ASISTENCIAL EN LOS PROCESOS DE GESTIÓN HOSPITALARIA URGENCIAS O QUIRURGICOS CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUB RED INTEGRADA SE SERVICIOS DE SALUD E.S.E

| | OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta) | DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO | |
|---|---|---|---|
| | | ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUTO O EVIDENCIA |
| 1 | Prestar el servicio de conformidad con la programación de agenda acordada con el supervisor del contrato, para el desarrollo de sus actividades. | Informo sobre la evolución y las actividades realizadas con el fin de proporcionar al turno entrante información actualizada y dar continuidad del cuidado de enfermería. | se realiza recibo entrega de turno paciente por paciente de parte de todo el equipo de enfermeria y se deja firmado el libro de camillas como evidencia de el mismo, de forma diaria y por turno |
| 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. | a diario y por turno se realiza control y registro de signos vitales y se deja evidencia en la nota de enfermeria |
| 3 | Orientar y preparar a los pacientes para exámenes diagnóstico de acuerdo con los protocolos de manejo y tecnología requerida. Según normas establecidas para cada procedimiento. | Deja evidencia científica y legal de las actividades ejecutadas. | a diario se realiza nota de enfermeria por turno registrando eventos importantes en la evolucion de el paciente MI-TV-FT-044 version 01 |
| 4 | Realizar actividades propias del cuidado de enfermería previniendo acciones inseguras en la prestación de servicios de salud. | Aplica los protocolos para prevenir la ocurrencia de infecciones intrahospitalarias en los pacientes y su entorno de acuerdo con las buenas practicas sanitarias. | Se registra riesgo de caida de forma diaria según edad y condicion de el paciente ET-CA-F 062 version 03 |
| 5 | Notificar inmediatamente las acciones inseguras ocurridas a sus pacientes al médico de turno, jefe inmediato y en el sistema de reporte. | Suministro información al enfermero para toma de medidas óptimas de manejo médico - quirúrgico | el ingreso de cada paciente, se le informa al familiar de forma clara todos los procedimientos que se le ordenaron y se realiza la firma de consentimiento informado MI-TV-FT-065 version01 |
| 6 | Informar a la enfermera jefe del servicio y al médico tratante, sobre los cambios del estado clínico de los pacientes en forma oportuna y adecuada. | Da información de fácil comprensión de los cuidados, ordenes medicas para dar continuidad al tratamiento ambulatorio. | Se educa a familiar al paciente de forma diaria a cerca el protocolo de institucional, riesgo de caida manejo de canecas y se registra en el siguiente formato MI-TV-FT -043 version01 |
| 7 | Revisar la Historia clínica de los pacientes asignados conociendo su evolución diaria, tratamiento, para realizar el plan de cuidado de enfermería integral del paciente. | Aplico las normas de bioseguridad, se reporta eventos adversos. | A diario se identifican a los paciente según el riesgo, y protocolo de manillas de colores verificancando que los datos correspondan a los de el paciente. |
| 8 | Mantener limpio y ordenado la unidad de los pacientes asignados durante el turno. | Realizo inventerio por turno y revision mensual de los elementos del carro de paro y se informa estado y faltantes. | de forma diaria y por turno se realiza control de liquidos elimanos y administrados de cada paciente a mi cargo durante el turno, y se registra en la nota de enfermeria |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 9 | Realizar registros clínicos en forma oportuna, diligenciando todas las variables correctamente y dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999 y mantener organizadas las historias clínicas de acuerdo al Manual y normatividad vigente de la Entidad | Proyecto la logistica requerida para brindar cuidado integral al paciente. | vigiliar la preparacion de los pacientes para la toma de examenes y para cuando se requieren en salas de cirugia y se registra en la nota de enfermeria |
| 10 | Cumplir las normas institucionales de bioseguridad, vigilancia epidemiológica, gestión ambiental, salud ocupacional y demás políticas institucionales. | Oriento a los pacientes y familiares según sus necesidades | a diario se realiza desinfeccion recurrente y terminal según protocio y se registra en el formato MI-TV-TV-FT 052 version 02 |
| 11 | Responder por los inventarios, conservación y uso adecuado de los equipos, elementos e insumos, al igual que el cuidado de la infraestructura del servicio y/o área donde se encuentre desarrollando las actividades. | Administra medicamentos según la tecnica | se realiza a diario Seguimiento a la apertura é inventario de carro de paro y se registra en el formato MI-UR-FT 013 version 02 |
| 12 | Cumplir con los procesos, procedimientos, guías y demás normas definidas por la entidad, de conformidad con el objeto del contrato. | | A diario y por turno se realiza control y registro de la temperatura de el carro de paro MI-DT-FT-090 version 02 |
| 13 | Asistir a reuniones y capacitaciones programadas por la entidad. | | se realiza inventario general por turno y a diaro y se deja evidencia en el libro correspondiente |
| 14 | Realizar la desinfección de manera oportuna de la unidad del paciente de acuerdo a los protocolos institucionales. | | a diario y por turno Se realiza verificacion de acceso venoso y su respectiva curacion se registra en formato MI-TV-FT-006 version 2 |
| 15 | Realizar la toma oportuna de las muestras de laboratorio que requieran los pacientes con el fin de agilizar el tratamiento. | | se asiste baño e higiene oral de cada paciente durante el turno y se registra en la nota de enfermeria |
| 16 | Asistir en la alimentación a los pacientes asignados conservando las precauciones establecidas según el caso. | | se asiste a las capacitaciones programadas por parte de la subred encaminados a la mejorar la atencion de nuestros pacientes |

| | |
|---|---|
| **Observaciones:** | Firma del Contratista |
| Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL.<br>En caso de tener contrato nuevo se debe anexar también la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro | C.C. 51.858.107 de Bogota |

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS | |
|---|---|
| NOMBRE: | |
| CARGO: | |
| FIRMA | |

# PAGOSIMPLE | Prefactura

**Fecha creación reporte:** 2021-04-07, 08:05:07 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES

**Periodo Cotización:** abril de 2021 **Periodo Servicio:** abril de 2021 **Referencia pago (PIN):** 8836970270

**Fecha límite de pago:** 2021-05-04

## GUARDADA 07/04/2021

### DATOS DEL APORTANTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **ızón Social** | GLADYS VIASUS CANARIA | | | | |
| **ıcumento** | CC51858107 | **Dirección** | CL 8 SUR #32 B - 13 APTO 403 | | |
| **ɔo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3115400954 | | |
| **ɔo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO | **Total Afiliados** | 1 |
| **udad** | BOGOTA D.C. | **Departamento** | BOGOTA D.C. | | |
| **ɔresentante Legal** | | **Identificación** | | | |

IMPORTANTE: Señor aportante, si usted realiza el pago de su aporte después de las 3:00 PM este se hará efectivo al día hábil siguiente; recuerde revisar su liquidación antes del pago, SIMPLE S.A.; da por entendido que el aportante está de acuerdo con la información suministrada, en consecuencia cualquier inconsistencia con las administradoras serán responsabilidad del aportante.

### DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ıtificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días APF | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Administradora | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |
| 858107 | VIASUS CANARIA GLADYS | 59 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 0 | COLPENSIONES | $ 996,526 | $ 145,400 | EPS SANITAS | $ 908,526 | $ 113,600 | POSITIVA DE SEGUROS | $ 908,526 | $ 22,200 | NINGUNA CCF | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 281,200 |

### TOTALES

| C Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes FSP | Aportes FSS | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE | TOTAL INTERESES | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 908,526 | $ 908,526 | $ 908,526 | $ 0 | $ 145,400 | $ 0 | $ 0 | $ 113,600 | $ 22,200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 281,200 | $ 0 | $ 281,200 |

### INFORMACION

| Día hábil de pago sin mora |
|---|
| 2 |

| Periodo de cotización salud | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Enero | Febrero | Marzo | Abril | Mayo | Junio | Julio | Agosto | Septiembre | Octubre | Noviembre | Diciembre |
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

Cafam-Colsubsidio-Mercadroguerías Cafam-Colsubsidio-

8888369702700000000991231

Grupo Éxito-Bancompartir-Comfandi Grupo Éxito-Bancompartir

(415)7709998485884(8020)8836970270(3900)0000000(96)20991231

**Señor aportante recuerde realizar el pago de sus aportes al Sistema General de Seguridad Social dentro de las fechas límite establecidas y evite posibles inconsistencias en la prestación de los servicios con sus administradoras.**



**Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!**

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

**LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E**

**NIT: 900959051-7**

DEBE A : Gladys Viasus Canaria

CEDULA: 51858107 DE Bogotá

LA SUMA DE : un millon seiscientos cincuentaydos mil cuatrocientos

($ 1'652.400 ).

POR CONECPTO DE : REMUNERACION SERVICIOS TECNICOS O HONORARIOS COMO Auxiliar de enfermería

NOMBRE: gladys Viasus Canaria

CEDULA: 51858107 DE Bogota

TELEFONO: 3115400954

DIRECCION: Calle 8 Sur #32B-13 apto 403