

Cuenta de cobro 001- 2021

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD
CENTRO ORIENTE E.S.E.
Nit. 900.959.051-7**

DEBE A:

YUDITH QUIROZ TAMAYO
CC 52777172 de Bogotá

LA SUMA DE:

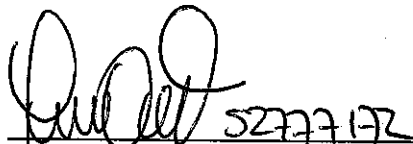
**UN MILLON OCHOCIENTOS OCHENTA Y UN MIL CUATROCIENTOS
DIECIOCHO PESOS M/CTE (\$1.881.418)**

Por concepto de:

- Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No PS 6275 de 2021 correspondiente al mes de junio de 2021.

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA DE APOYO A LA GESTIÓN PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. CONVENIO 031 DE 2020

Cordialmente.



YUDITH QUIROZ TAMAYO

CC 52777172 de Bogotá

Teléfono: 3195590319

Dirección: Trasversal 19 #34c25 mz 16 cs 28 portal de la hacienda 1 Soacha

No. De Cuenta: 0550473800098922 cuenta de ahorros Davivienda

Fecha: 30/06/2021

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-1A-ET-014
VERSIÓN: 02
FECHA: 2023-05-04

DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: PS 6275
C.D.P. No.: 1610
Proceso al que pertenece: SALUD INTEGRAL
Unidad a la que pertenece: APPOYO SUBSISTENTE

Nombre del Contratista: VOTH QUIROZ TANAYO
C.C.: 52777372 de Bogotá

Fecha Inicio: 2021-06-21 Fecha Terminación Inicial: 2021-06-29
Valor Mensual: \$1.821.415 Valor a cobrar: \$1.821.415

ADICIÓN/OTRO BL	VALOR ADICIÓN	C.D.P.	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	\$1.674.372	1688	2021-06-30	2021-07-29
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

N. CTA	MES DE CUMPLIMIENTO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	JUNIO	\$1.821.415	\$0	
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Resumen de contrato: VALOR INICIAL DEL CONTRATO: \$2.999.346
VALOR TOTAL DEL CONTRATO: \$2.999.346
PAGOS REALIZADOS: \$2.999.346
SALDO DEL CONTRATO: \$0

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

PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA DE APOYO A LA GESTIÓN PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. CONVENIO 031 DE 2020.

Relación de actividades para el periodo: Desde: 2021-06-01 Hasta: 2021-06-30

DELEGACIONES ESPECÍFICAS	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERÍODO	VALORADO EXPERIENCIA
Atender y orientar a la persona en relación con sus necesidades y expectativas de acuerdo con políticas institucionales y normas de salud	Se asistió a comité de cuidado donde se realiza cada semana, donde se realiza la construcción del plan de cuidado para las familias priorizadas	Acta y listado de asistencia	
Contribuir con las buenas prácticas a la disminución de las infecciones en los usuarios y su entorno	Se realizó recomendaciones de prácticas saludables para el buen cuidado de la salud, se imprimieron y se les entregó a las familias.	Formatos de planes de cuidado impresos con 2 copias, una para la familia y la otra para el archivo.	
Apoyar la definición del diagnóstico individual de acuerdo con guías de manejo y tecnología requerida	Se brinda educación y recomendaciones específicas para la familia, se consultó la información brindada por el equipo base y se llevó a cabo la ejecución de las recomendaciones.	Humadas telefónicas y reporte de visitas a la vivienda.	
Asistir a las personas en las actividades de la vida diaria según las condiciones de usuarios siguiendo guías y protocolos vigentes	Se realiza llamada de seguimiento con cada familia para hacer la entrega de las recomendaciones de cuidado.	Listados de reporte de pacientes programados para visita	
Participar en el cuidado a las personas para el mantenimiento y recuperación de las funciones de los diferentes sistemas por grupo etario en relación con los reportes técnicos, clínicos, y otros vigentes	Se brinda la información y educación a los pacientes dentro de su núcleo familiar motivando a la adopción de hábitos de vida saludable y recomendaciones para mejorar la calidad de vida y sensibilizar sobre la importancia de la revisión mensual en estos aspectos abordados	Creación y entrega de planes de cuidado	
Administrar medicamentos según prescripción y de acuerdo con recursos establecidos en relación con los procedimientos, guías y protocolos de la subred centro oriente y normas vigentes	Se realizó el desplazamiento a la casa de las familias para presentar y entregar las recomendaciones de cuidado. Plan de cuidado familiar	Fotos, videos, planes de cuidados entregados	
Brindar atención integral a la familia en relación al ciclo de vida de acuerdo con el contexto social, político, cultural y étnico	A partir de la Educación y recomendaciones brindadas se promueve la adopción de prácticas que contribuyan a una alimentación saludable y reducir los riesgos de obesidad, sobrepeso o diabetes, además de motivar a las familias a llevar un control frente a los aspectos abordados dentro de las actividades del nuevo modelo de salud	Formatos de planes de cuidado impresos con 2 copias, una para la familia y la otra para el archivo	
Generar actitudes y prácticas saludables en los ambientes de trabajo	Se realizó la consolidación y registro de datos en la caracterización de todos los datos registrados en el formato de seguimiento durante la actividad desarrollada durante este mes, además se realizó una revisión de los soportes en calidad y cantidad.	Acta sistemática y listado de	
Solicitar traslado a la persona en situación de riesgo de salud a urgencias según nivel de atención requerida	Incentivar a los pacientes mediante la visita de seguimiento a poner en práctica las recomendaciones y la educación ofrecida por los profesionales de la salud.	Reporte de visitas, llamadas telefónicas	
Informar cambios y novedades al equipo multidisciplinario	Revisión de formatos y caracterizaciones consolidadas del aplicativo para los pacientes en la estrategia del nuevo modelo de salud	Formatario de caracterización organizado.	
Cumplir con los horarios y administración de tratamientos y procedimientos	Carros establecidos para cumplir con la cada una de las funciones asignadas.	Formatario de caracterización organizado.	
Realizar registros en las historias clínicas	Se verificó historia clínica suministrada por los profesionales de medicina para recolección de datos de cada uno de los pacientes	Formato de caracterización drive	
Tomar signos vitales y dejar registro	Se brinda la información y educación en la toma de medidas antropométricas.	Formatario de caracterización organizado en drive.	
Realizar lavado de manos de acuerdo con técnica multimodal.	Se llevó a cabo el lavado de manos antes y después de realizar actividades.	correcto lavado de manos antes y después de realizar formato de caracterización	
Garantizar privacidad e intimidad a la persona a quien le realiza la atención	Se registra información en el formato de caracterización brindado por cada integrante de la familia.	Formatario de caracterización en drive	
Realizar traslado de los pacientes al domicilio bajo normas de bioseguridad	Se brinda información y educación a cada paciente y se le preguntó por el estado de salud de los integrantes del hogar.	correcto lavado de manos antes y después de realizar formato de caracterización	
Realizar las actividades para el desarrollo de estrategias de Atención Domiciliaria Hospitalización domiciliaria	Se llevó a cabo las actividades propuestas en el plan de seguimiento	Formato de actividades de recomendaciones (impreso)	
Utilizar los elementos de protección necesarios	Se lleva a cabo el buen uso de los elementos de protección individual.	Uno correcto con las técnicas establecidas	
Realizar de manera oportuna y eficaz las funciones específicas mencionadas con el objeto de garantizar la adecuada atención de pacientes de una manera eficiente y altamente humanizada, apoyando y gestionando de manera constante fortalecimiento de las subredes en el modelo de atención en apoyo al convenio 031 de 2020. Contendidos en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato	Se realiza cada una de las acciones contractuales planeadas por la SDS para la atención domiciliar que se realiza desde la sede de atención territorial con cada una de las familias caracterizadas.	Uso correcto	

Observaciones:

Se anexa certificación de pago a Salud, preafijo y ARL.
En caso de tener contrato nuevo se debe anexar también la certificación bancaria con la primera cuota de cobro

C.C. 52.777.372 de Bogotá

3. VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATADA

FECHA: 2021-06-30
CARGO: REFERENTE AMED
FIRMA: J. Medina

Vo Bg
Expay 3

**FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES
AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD**



No. de Radicación

114052021

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de trámite: A. Afiliación ☒ B. Reporte de Novedades ☒
 2. Tipo de Afiliación: A. Individual ☒ B. Colectiva ☐
 3. Tipo de afiliación: A. Cotizante o cabeza de familia ☒ B. Beneficiario o afiliado adicional ☐
 4. Apellidos y nombres: **QOROA**
 5. Tipo de documento de identidad: **CC**
 6. Número de documento de identidad: **52777172**
 7. Tipo de documento de identidad: **CC**
 8. Número de documento de identidad: **52777172**
 9. Fecha de nacimiento: **11/07/1981**
 10. Sexo: **Femenino**
 11. Fecha de radicación: **11/07/1981**

12. Tipo de documento de identidad: **CC**
 13. Número de documento de identidad: **52777172**
 14. Fecha de nacimiento: **11/07/1981**
 15. Sexo: **Femenino**
 16. Fecha de radicación: **11/07/1981**

17. Tipo de documento de identidad: **CC**
 18. Número de documento de identidad: **52777172**
 19. Fecha de nacimiento: **11/07/1981**
 20. Sexo: **Femenino**
 21. Fecha de radicación: **11/07/1981**

22. Tipo de documento de identidad: **CC**
 23. Número de documento de identidad: **52777172**
 24. Fecha de nacimiento: **11/07/1981**
 25. Sexo: **Femenino**
 26. Fecha de radicación: **11/07/1981**

27. Tipo de documento de identidad: **CC**
 28. Número de documento de identidad: **52777172**
 29. Fecha de nacimiento: **11/07/1981**
 30. Sexo: **Femenino**
 31. Fecha de radicación: **11/07/1981**

32. Tipo de documento de identidad: **CC**
 33. Número de documento de identidad: **52777172**
 34. Fecha de nacimiento: **11/07/1981**
 35. Sexo: **Femenino**
 36. Fecha de radicación: **11/07/1981**

37. Tipo de documento de identidad: **CC**
 38. Número de documento de identidad: **52777172**
 39. Fecha de nacimiento: **11/07/1981**
 40. Sexo: **Femenino**
 41. Fecha de radicación: **11/07/1981**

42. Tipo de documento de identidad: **CC**
 43. Número de documento de identidad: **52777172**
 44. Fecha de nacimiento: **11/07/1981**
 45. Sexo: **Femenino**
 46. Fecha de radicación: **11/07/1981**

47. Tipo de documento de identidad: **CC**
 48. Número de documento de identidad: **52777172**
 49. Fecha de nacimiento: **11/07/1981**
 50. Sexo: **Femenino**
 51. Fecha de radicación: **11/07/1981**

52. Tipo de documento de identidad: **CC**
 53. Número de documento de identidad: **52777172**
 54. Fecha de nacimiento: **11/07/1981**
 55. Sexo: **Femenino**
 56. Fecha de radicación: **11/07/1981**

57. Tipo de documento de identidad: **CC**
 58. Número de documento de identidad: **52777172**
 59. Fecha de nacimiento: **11/07/1981**
 60. Sexo: **Femenino**
 61. Fecha de radicación: **11/07/1981**

62. Tipo de documento de identidad: **CC**
 63. Número de documento de identidad: **52777172**
 64. Fecha de nacimiento: **11/07/1981**
 65. Sexo: **Femenino**
 66. Fecha de radicación: **11/07/1981**

67. Tipo de documento de identidad: **CC**
 68. Número de documento de identidad: **52777172**
 69. Fecha de nacimiento: **11/07/1981**
 70. Sexo: **Femenino**
 71. Fecha de radicación: **11/07/1981**

72. Tipo de documento de identidad: **CC**
 73. Número de documento de identidad: **52777172**
 74. Fecha de nacimiento: **11/07/1981**
 75. Sexo: **Femenino**
 76. Fecha de radicación: **11/07/1981**

77. Tipo de documento de identidad: **CC**
 78. Número de documento de identidad: **52777172**
 79. Fecha de nacimiento: **11/07/1981**
 80. Sexo: **Femenino**
 81. Fecha de radicación: **11/07/1981**

82. Tipo de documento de identidad: **CC**
 83. Número de documento de identidad: **52777172**
 84. Fecha de nacimiento: **11/07/1981**
 85. Sexo: **Femenino**
 86. Fecha de radicación: **11/07/1981**



DAVIVIENDA

CERTIFICADO

**BOGOTA D.C.,
DISTRITO
CAPITAL,
COLOMBIA,
A quién interese**

14/05/2021

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor YUDITH QUIROZ TAMAYO** con **Cédula de Ciudadanía número 52777172**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	0550473800098922
Fecha de apertura	28/03/2017

Cordialmente,

PS 6275
2021

BANCO DAVIVIENDA