Cuenta de cobro 003- 2021

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

Nit. 900.959.051-7

1800

DEBE A:

YUDITH QUIROZ TAMAYO
C.C. 52777172 de BOGOTÁ

LA SUMA DE:

CUATROCIENTOS SESENTA Y OCHO MIL CIENTO CUATRO
($468.104)

Por concepto de:

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

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS DE ACUERDO A SU PERFIL ACADEMICO PARA DESAROLLAR ACTIVIDADES: COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA CON DISPONIBILIDAD EN CUMPLIMIENTO DE LA MISION Y LA VISION DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

52777172

Cordialmente,

YUDITH QUIROZ TAMAYO

CC: 52777172
Teléfono: 3195590319
Dirección: TRASVERSAL 19 #34C25 MZ 16 CS28
Número de Cuenta: 0550473800098922
Tipo de Cuenta: AHORROS
Banco: DAVIVIENDA
Fecha de Generación de Cuenta: 06/08/2021

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 6275 2021	**C.D.P. No.:**	1610	**Proceso al que pertenece:**	AMED TERRITORIAL
				Unidad a la que pertenece:	UHMES SANTA CLARA

Nombre del Contratista: YUDITH QUIROZ TAMAYO **C.C.** 52.777.172 **de:** BOGOTA D.C

Fecha Inicio: 2021-05-24 **Fecha Terminación incial:** 2021-06-29 **Valor Mensual:** $ 1.674.372 **Valor a cobrar:** $ 468.104

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 1.674.372	1888	2021-06-30	2021-07-29
2	$ 774.172	2457	2021-07-30	2021-08-06
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	JUNIO	$ 1.881.418	$ 0	
2	JULIO	$ 1.800.400	$ 281.200	8351644921
3	AGOSTO	$ 468.104	$ 299.400	52082686
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	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 2.009.246	$ 4.457.790	$ 4.149.922	$ 307.868

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA DE APOYO A A GESTION PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE , CONVENIO 031 DE 2021

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2021-07-30 **Hasta:** 2021-08-06

	OBLIGACIONES ESPECIFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCION DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Atender y orientar a la persona en relación con sus necesidades y expectativas de acuerdo con políticas institucionales y normas de salud.	Se asistio al comité de cuidado que se realiza de manera semanal y se realizo la construcción de las recomendaciones de cuidado para las familias priorizadas.	Acta y listado de asistencia
2	Contribuir con las buenas prácticas a la disminución de las infecciones en los usuarios y su entorno	Se llevo a cabo las recomendaciones de cuidado, se imprimieron y se les entrego a las familias	formatos de planes de cuidado impresos con 2 copias, uma para la familia y la otra para el archivo.
3	Apoyar la definición del diagnostico individual de acuerdo con guías de manejo y tecnología requerida	Se brinda informacion, educacion y recomendaciones especificas para cada integrante, se constató la informacion brindada por el equipo base y se llevo acabo la ejecución de las	Llamadas telefonicas y reporte de visitas a la vivienda.
4	Asistir a las personas en las actividades de la vida diaria según las condiciones del usuario siguiendo guías y protocolos vigentes	se contacto telefonicamente con cada familia para hacer la entrega de las recomendaciones de cuidado.	Listados de repote de pacientes programados para visita
5	Participar en el cuidado a las personas para el mantenimiento y recuperación de las funciones de los	Se realizo 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.
6	Participar en el cuidado a las personas para el mantenimiento y recuperación de las funciones de los	Se brinda la informacion y educacion a los pacientes dentro de su nucleo familiar motivando a la adopción de habitos de vida saludable y recomendaciones para mejorar la	Recibido de planes de cuidado.
7	Brindar atención integral a la familia en relación al ciclo de vital de acuerdo con el contexto social, político, cultural y ético.	A parlar de la Educación y recomendaciones brindadas se promueve la adopción de practicas que contribuyan a una alimentación saludables y reducir los riesgos de obesidad	formatos de planes de cuidado impresos con 2 copias, uma para la familia y la otra para el archivo.
8	Generar actitudes y prácticas saludables en los ambientes de trabajo	Se realizo la consolidación y registro de datos en la caracterización de todos los datos	Acta y listado de asistencia
9	Solicitar traslado a la persona en situación de riesgo de salud a urgencias según nivel de atención	registrados en el formato de seguimiento durante la actividad desarrollada durante este mes incentivar a los pacientes mediante la visita de seguimiento a poner en practica las	Soporte de visitas, llamadas telefonicas
10	Informar cambios y novedades al equipo multidisciplinario.	recomendaciones y la educacion ofrecidas por los profesionales de la salud. Revision de formatos y caracterizaciones consolidadas del aplicativo para los pacientes en la	Formulario de caracterizacion en item 5 de seguimiento, organizado en Drive
11	Cumplir con los horarios y administración de tratamientos y procedimientos.	estrategia del nuevo modelo de salud se da cumplimiento a los horarios establecidos para cumplir con la cada una de las funciones asignadas.	Formulario de caracterizacion en item 5 de seguimiento, organizado en Drive
12	Realizar registros en las historias clínicas.	se verifico historia clinica suministrada por los profesionales de medicinapara recolecion de datos de cada uno de los pacientes	Formulario de caracterizacion en item 5 de seguimiento, organizado en Drive
13	Tomar signos vitales y dejar registro	Se brindo la informacion y educacion en la toma de medidas antropomedicas.	Formulario de caracterizacion en item 5 de seguimiento, organizado en Drive
14	Realizar lavado de manos de acuerdo con técnica multimodal.	Se llevo a cabo el lavado de mano antes y despues de realizar acticivades.	correcto lavado de manos antes y despues de de realizar caracterizacion
15	Garantizar privacidad e intimidad a la persona a quien le realiza la atención	Se registra informacion en el formato de caracterizacion brindada por cada integrante de la familia.	Formulario de caracterizacion en item 5 de seguimiento, organizado en Drive
16	Realizar traslado de los pacientes al domicilio bajo normas de bioseguridad.	Se brinda informacion y educacion a cada paciente y se le preguntó por el estado de salud de los integrantes del hogar.	correcto lavado de manos antes y despues de de realizar caracterizacion
17	Realizar las actividades para el desarrollo de estrategias de Atención Domiciliaria	se llevo a cabo las actividades propuestas en el plan de seguimiento	Formato de actividades de recomendaciones.(impreso)
18	Utilizar los elementos de protección necesarios.	Se lleva a cabo el buen uso de los elementos de proteccion individul.	Uso correcto de elementos de proteccion personal y lavado de manos
19	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. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.	se realiza cada una de las acciones contractuales planteadas por la SDS para la atencion domiciliaria que se realiza desde la sede de amded territorial con cada una de las familias caracterizadas.	Formulario de caracterizacion en item 5 de seguimiento, organizado en Drive

Observaciones:

Se anexa certificacion 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

Firma del Contratista

C.C. 52.777.172 **de** BOGOTA D.C

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	EDILSA ESTHER MAURY BELLO
CARGO:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS
FIRMA	

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52777172	Yudith Quiroz Tamayo	transversal 19 No 34c - 25 Manzana 16 Casa 28	7294862	yuapao1981@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CUNDINAMARCA	SOACHA		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2021-07	2021-07	I		52082686	$299.400	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	113.600	0		0		0	0	0	0	113.600	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
231001	Colfondos	800227940-6	145.400	0	0	0	0	0	0		145.400	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	22.200				22.200	0	0	22.200			222	22.200	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF21	Cafam	860013570-3	18.200	0	0	18.200	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	113.600	113.600
Pensión	1	145.400	145.400
Riesgos Laborales	1	22.200	22.200
CCF	1	18.200	18.200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	299.400	299.400

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información