Planilla sin información entidades

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 7277 2021	C.D.P. No.:	3009	Proceso al que pertenece:	DIRECCION INTEGRAL GESTION DEL RIESGO - AMED COVID
				Unidad a la que pertenece:	UMHES SANTA CLARA

Nombre del Contratista:	DIANA MARCELA GAMBA HERNANDEZ	C.C.	1.098.661.787	de:	BUCARAMANGA		
Fecha Inicio:	2021-09-16	Fecha Terminación incial:	2021-09-30	Valor Mensual:	$ 3.264.000	Valor a cobrar:	$ 1.632.000

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	SEPTIEMBRE	$ 1.632.000	$ 404.000	9424521253
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
	$ 1.632.000	$ 1.632.000	$ 1.632.000	$ 0

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS COMO ENFERMERA II DE APOYO A LA GESTIÓN PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. CONVENIO 2666417/2021

Relación de actividades para el periodo: Desde: 16/9/2021 Hasta: 30/9/2021

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO	
		ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Realizar toma de muestras domiciliarias, se requiere un mínimo de 15 muestras por cada turno, y de 30 muestras por cada conglomerado. Ejecutar procedimientos y cuidados a los pacientes que por su estado de salud así lo requieran	apoyo a contingencia de la pandemia por covid	formato de seguimientos de pacientes,con soporte de inscripcion al sidcrue, fichas de notificacion.
2	Realizar plan de cuidado diario de enfermería de acuerdo al diagnóstico y necesidades identificadas	apoyo a contingencia de la pandemia por covid	formato de seguimientos de pacientes,con soporte de inscripcion al sidcrue, fichas de notificacion.
3	Verificar y aplicar medidas preventivas de acciones inseguras e identificando riesgos, gestionando la seguridad del paciente	apoyo a contingencia de la pandemia por covid	formato de seguimientos de pacientes,con soporte de inscripcion al sidcrue, fichas de notificacion.
4	Administrar y verificar el cuidado directo a los pacientes de acuerdo a los protocolos y guías establecidas del servicio utilizando técnicas asepsia y antisepsia y normas de bioseguridad	apoyo a contingencia de la pandemia por covid	formato de seguimientos de pacientes,con soporte de inscripcion al sidcrue, fichas de notificacion.
5	Comprobar el cumplimiento de las actividades del personal auxiliar de enfermería mediante observación directa, verificación de realización de procedimientos y revisando registros de enfermería	apoyo a contingencia de la pandemia por covid	formato de seguimientos de pacientes,con soporte de inscripcion al sidcrue, fichas de notificacion.
6	Realizar actualización del Kardex y tarjetas de medicamentos de acuerdo con las normas establecidas, en forma escrita y cada vez que se requiera el cambio en el tratamiento del paciente.	apoyo a contingencia de la pandemia por covid	formato de seguimientos de pacientes,con soporte de inscripcion al sidcrue, fichas de notificacion.
7	Realizar actualización del Kardex y tarjetas de medicamentos de acuerdo con las normas establecidas, en forma escrita y cada vez que se requiera el cambio en el tratamiento del paciente.	apoyo a contingencia de la pandemia por covid	formato de seguimientos de pacientes,con soporte de inscripcion al sidcrue, fichas de notificacion.
8	Controlar los suministros y existencias de insumos y medicamentos de los pacientes del servicio	apoyo a contingencia de la pandemia por covid	formato de seguimientos de pacientes,con soporte de inscripcion al sidcrue, fichas de notificacion.
9	Realizar las devoluciones al servicio de farmacia de los medicamentos e insumos por pacientes antes del egreso y diariamente cuando así lo amerite.	apoyo a contingencia de la pandemia por covid	formato de seguimientos de pacientes,con soporte de inscripcion al sidcrue, fichas de notificacion.
10	Realizar los pedidos de elementos e insumos para su respectivo servicio necesarios para los pacientes, tramitando ante el área que los provee, en el formato correspondiente y en las fechas establecidas.	apoyo a contingencia de la pandemia por covid	formato de seguimientos de pacientes,con soporte de inscripcion al sidcrue, fichas de notificacion.
11	Mantener comunicación permanente y activa con el equipo de atención domiciliaria frente a la situación en salud de los pacientes referenciados en el convenio	apoyo a contingencia de la pandemia por covid	formato de seguimientos de pacientes,con soporte de inscripcion al sidcrue, fichas de notificacion.
12	Revisar diariamente que los ven equipos, drenajes, buretroles y demás elementos invasivos del paciente que se manejen según protocolo y se lleven los registros correspondientes correctamente.	apoyo a contingencia de la pandemia por covid	formato de seguimientos de pacientes,con soporte de inscripcion al sidcrue, fichas de notificacion.

no esta aplicado

OK aplicado

13	Realizar la asignación de los pacientes a cada auxiliar de acuerdo al número de pacientes, complejidad y de acuerdo a las necesidades del servicio	apoyo a contingencia de la pandemia por covid	formato de segumientos de pacientes,con soporte de inscripcion al sidcrue, fichas de notificacion.
14	Participar activamente en el sistema de vigilancia epidemiológica mediante la notificación oportuna de informes de los casos o posibles brotes infecciosos para toma de conductas que prevengan la presencia o proliferación de infecciones en los servicios	apoyo a contingencia de la pandemia por covid	formato de segumientos de pacientes,con soporte de inscripcion al sidcrue, fichas de notificacion.
15	Gestionar las actividades, procedimientos y demás, del servicio aplicando las medidas que garanticen la calidad del servicio	apoyo a contingencia de la pandemia por covid	formato de segumientos de pacientes,con soporte de inscripcion al sidcrue, fichas de notificacion.
16	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	apoyo a contingencia de la pandemia por covid	formato de segumientos de pacientes,con soporte de inscripcion al sidcrue, fichas de notificacion.
17	Realizar la asignación oportuna de camas para los pacientes que lo requieran, realizando los traslados necesarios para tal fin tanto de los pacientes como en el sistema de información	apoyo a contingencia de la pandemia por covid	formato de segumientos de pacientes,con soporte de inscripcion al sidcrue, fichas de notificacion.
18	Participar en el recibo y entrega de turno de forma cumplida, oportuna, reportando las novedades presentadas por cada paciente asignado y novedades en equipos e insumos del servicio.	apoyo a contingencia de la pandemia por covid	formato de segumientos de pacientes,con soporte de inscripcion al sidcrue, fichas de notificacion.
19	Asistir a las reuniones de grupo funcional y capacitaciones programadas por la institución	apoyo a contingencia de la pandemia por covid	formato de segumientos de pacientes,con soporte de inscripcion al sidcrue, fichas de notificacion.
20	Tramitar de forma oportuna exámenes de laboratorio, de radiología, exámenes especiales y remisiones que requieran los pacientes a cargo.	apoyo a contingencia de la pandemia por covid	formato de segumientos de pacientes,con soporte de inscripcion al sidcrue, fichas de notificacion.
21	Dar cumplimiento a la resolución 1995 del 1999 y al manual de manejo de Historia Clínica establecido en la institución, y demás normas afines al manejo de historia clínica	apoyo a contingencia de la pandemia por covid	formato de segumientos de pacientes,con soporte de inscripcion al sidcrue, fichas de notificacion.
22	Aplicar, acatar y cumplir con los procesos, procedimientos, guías y demás normas definidos por la Institución	apoyo a contingencia de la pandemia por covid	formato de segumientos de pacientes,con soporte de inscripcion al sidcrue, fichas de notificacion.
23	Portar el uniforme blanco de forma adecuada teniendo en cuenta las normas de presentación personal establecidas por la Institución	apoyo a contingencia de la pandemia por covid	formato de segumientos de pacientes,con soporte de inscripcion al sidcrue, fichas de notificacion.
24	Notificar inmediatamente las acciones inseguras ocurridas a sus pacientes al médico de turno y en el aplicativo dispuesto para ello	apoyo a contingencia de la pandemia por covid	formato de segumientos de pacientes,con soporte de inscripcion al sidcrue, fichas de notificacion.
25	Ofrecer trato con calidez y calidad al paciente y la familia, dando una atención humanizada conservando el respeto por la dignidad humana.	apoyo a contingencia de la pandemia por covid	formato de segumientos de pacientes,con soporte de inscripcion al sidcrue, fichas de notificacion.
26	Impartir educación al paciente y a la familia sobre los cuidados específicos a tener en casa de acuerdo a la situación clínica del paciente	apoyo a contingencia de la pandemia por covid	formato de segumientos de pacientes,con soporte de inscripcion al sidcrue, fichas de notificacion.
27	Participar activamente en el desarrollo de las actividades de acreditación y aplicación de las políticas que sean solicitados por el supervisor del contrato.	apoyo a contingencia de la pandemia por covid	formato de segumientos de pacientes,con soporte de inscripcion al sidcrue, fichas de notificacion.
28	Realizar toma de laboratorios con técnica de asepsia y antisepsia siguiendo protocolos establecidos por la SUBRED. CONVENIO 2666417/2021 Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.	apoyo a contingencia de la pandemia por covid	formato de segumientos de pacientes,con soporte de inscripcion al sidcrue, fichas de notificacion.

Observaciones:
Horas Certificadas: 96 Horas

Diana marcela Gamba
Firma del Contratista

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

C. C. **1.098.661.787** **de** **BUCARAMANGA**

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	LORENZA BECERRA CAMARGO
CARGO:	DIRECTORA GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD
FIRMA	

Cuenta de cobro 0001 - 2021

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

Nit. 900.959.051-7

DEBE A:
DIANA MARCELA GAMBA HERNANDEZ
C.C. 1.098.661.787 de Bucaramanga

LA SUMA DE:

Un millón cuatrocientos veintiocho mil pesos($ 1'428.000)

Por concepto de:

- Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No PS 7277 de 2021 correspondiente del 16 al 30 de septiembre de 2021

OBJETO:
PRESTAR SERVICIOS COMO ENFERMERA II DE APOYO A LA GESTIÓN PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE GESTIÓN INTEGRAL DE RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Cordialmente,

Diana Gamba Hernandez

DIANA MARCELA GAMBA HERNÁNDEZ
C.C. 1098661787
Teléfono: 3003380371
No Cuenta 814 651825 98 ahorros Bancolombia

Fecha: 30/SEPTIEMBRE /2021

RALES DEL APORTANTE

ón	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
		GAMBA HERNANDEZ DIANA MARCELA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KR 3a N 30 45 apto 101	BOGOTA-BOGOTA D.E.	1234567	No

RALES DE LA LIQUIDACION

o	Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
21-08	1125969532	9424521253	I	2021/09/20	2021/09/10	BANCOLOMBIA	0	$404,000

N DETALLADA DE APORTES

APLEADO		NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
ación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
PRINCIPAL (1 Afiliados)																					$1,305,600	$208,900			$1,305,600	$163,200			$0	$0			$1,305,600	$31,900		$0	$0		$404,000
ajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					$1,305,600	$208,900			$1,305,600	$163,200			$0	$0			$1,305,600	$31,900		$0	$0		$404,000
Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																					$1,305,600	$208,900			$1,305,600	$163,200			$0	$0			$1,305,600	$31,900		$0	$0		$404,000
1787	GAMBA DIANA									X									230301	30	$1,305,600	$208,900	EPS005	30	$1,305,600	$163,200		0	$0	$0	14-11	30	$1,305,600	$31,900	0	$0	$0	No	$404,000
dos(1)																					$1,305,600	$208,900			$1,305,600	$163,200			$0	$0			$1,305,600	$31,900		$0	$0		$404,000

RALES DEL APORTANTE

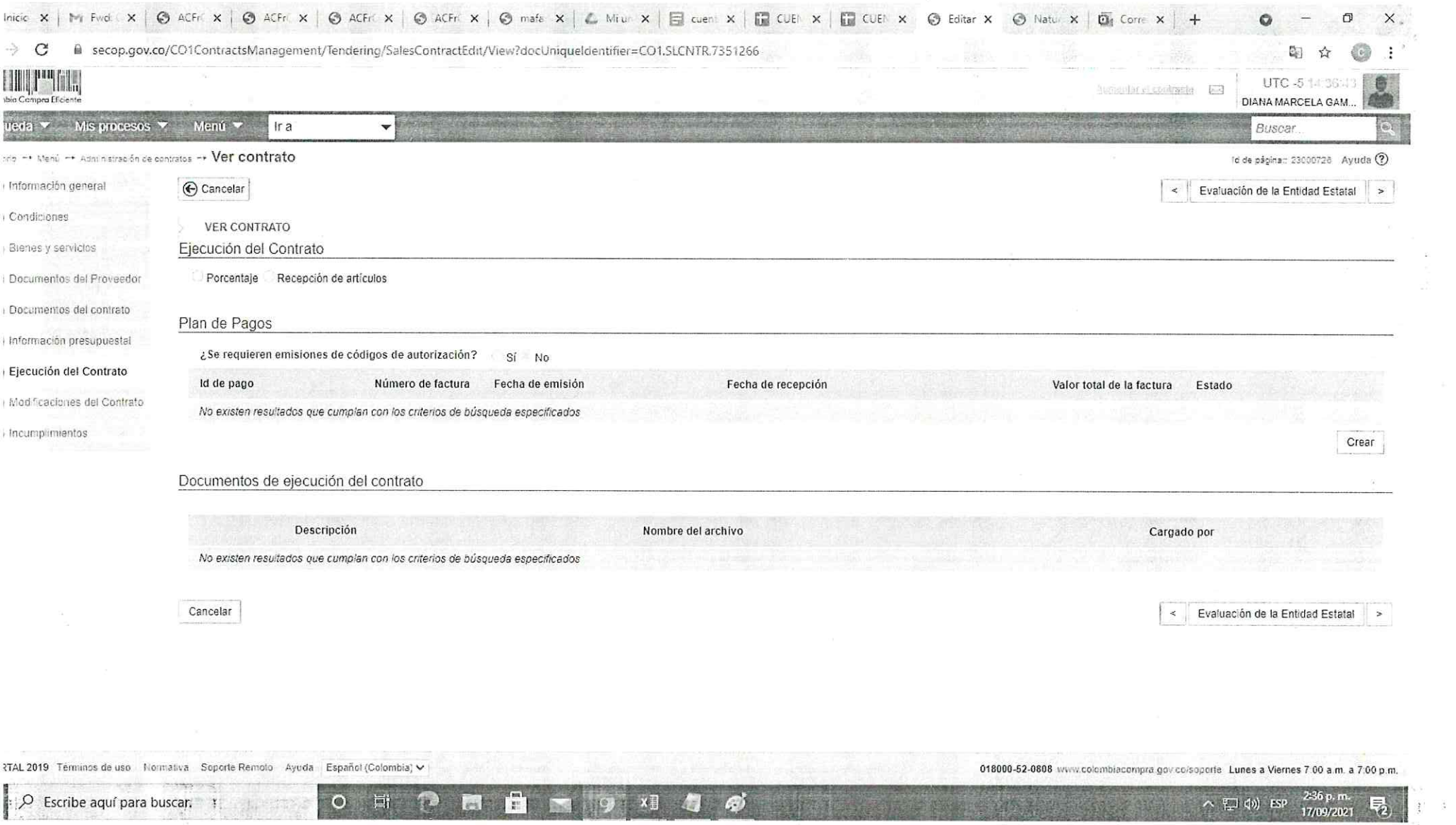
ón	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
		GAMBA HERNANDEZ DIANA MARCELA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KR 3a N 30 45 apto 101	BOGOTA-BOGOTA D.E.	1234567	No

RALES DE LA LIQUIDACION

o	Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
21-08	1125969532	9424521253	I	2021/09/20	2021/09/10	BANCOLOMBIA	0	$404,000

DE PAGO

	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
TRADORAS: 1)				1	$208,900	$0	$0	$208,900
	230301	800,224,808	8	1	$208,900	$0	$0	$208,900
TRADORAS: 1)				1	$31,900	$0	$0	$31,900
	14-11	890,903,790	5	1	$31,900	$0	$0	$31,900
TRADORAS: 1)				1	$163,200	$0	$0	$163,200
	EPS005	800,251,440	6	1	$163,200	$0	$0	$163,200
				1	$404,000	$0	$0	$404,000


secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/SalesContractEdit/View?docUniqueIdentifier=CO1.SLCNTR.7351266
DIANA MARCELA GAM...
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar
Menú → Administración de contratos → Ver contrato
Id de página: 23000728 Ayuda
Información general
Condiciones
Bienes y servicios
Documentos del Proveedor
Documentos del contrato
Información presupuestal
Ejecución del Contrato
Modificaciones del Contrato
Incumplimientos
Cancelar
Evaluación de la Entidad Estatal
VER CONTRATO
Ejecución del Contrato
Porcentaje
Recepción de artículos
Plan de Pagos
¿Se requieren emisiones de códigos de autorización?
Sí
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
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados
Cancelar
Evaluación de la Entidad Estatal
Términos de uso
Normativa
Soporte Remoto
Ayuda
Español (Colombia)
018000-52-0808 www.colombiacompra.gov.co/soporte Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.
Escribe aquí para buscar.
ESP
2:36 p. m.
17/09/2021