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 4865 2021 **C.D.P. No.:** 1231

Proceso al que pertenece: Gestión del riesgo - Control IAAS
Unidad a la que pertenece: Unidades de baja complejidad.

Nombre del Contratista: Julie Marcela García Reyes **C.C.** 1.010.171.953 **de:** Bogotá

Fecha Inicio: 2021-04-23 **Fecha Terminación incial:** 2021-06-15 **Valor Mensual:** $ 1.854.360 **Valor a cobrar:** $ 1.854.360

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 3.708.720	1741	2021-06-16	2021-08-15
2	$ 1.929.024	2384	2021-08-16	2021-09-15
3	$ 927.180	2829	2021-09-16	2021-09-30
4	$ 927.180	3053	2021-10-01	2021-10-15
5	$ 1.000.620	3284	2021-10-16	2021-10-31
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	ABRIL	$ 459.000	NO APLICA	NO APLICA
2	MAYO	$ 1.854.360	$ 75.100	9419759016
3	JUNIO	$ 1.854.360	$ 281.200	9420735317
4	JULIO	$ 1.964.520	$ 281.200	9421514101
5	AGOSTO	$ 1.854.360	$ 281.200	9422637399
6	SEPTIEMBRE	$ 1.854.360	$ 281.200	9423858774
7	OCTUBRE	$ 1.854.360	$ 281.200	9425084651
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
$ 3.276.036	$ 11.768.760	$ 11.695.320	$ 73.440

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SUS SERVICIOS PERSONALES DE APOYO, EN SU CONDICIÓN DE TÉCNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LOS PROCESOS DE GESTIÓN AMBULATORIA Y RIESGO, CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2021-10-01 **Hasta:** 2021-10-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Ejecutar las acciones propias de su objeto contractual según plan de trabajo y cronograma de actividades, el cual debera ser aprobado previamente por el supervisor.	Diligenciamiento del cuadro de busqueda activa donde se anexan los datos de los casos idetificados	cronograma mes de septiembre
2	Realizar diariamente la busqueda activa de los eventos de interes en salud publica y de infecciones asociadas a la atencion en salud- en los diferentes serivios de las unidades de la subred centro oriente.	busqueda activa en las unidades visitadas UMHES Jorge Eliecer	Base busqueda activa medico hospitalario
3	Realizar ronda en las diferentes unidades, revision de reporte microbiologicos junto con infectologia y/o epidemiologia,socializar y educar a colaboradores.	verificación de servicio donde se socializa y educa a colaboradores sobre las normas de bioseguridad con el fin de evitar contaminacion al momento de la interaccion con otro paciente	Listas de chequeo
4	Identificar casos sospechosos de IAAS e iniciar investigacion de caso individual.	busqueda activa en las unidades visitadas e investigacion de caso individual sospechoso de IAAS.	Base busqueda activa medico hospitalario
5	Hacer solicitudes al archivo y revisar historias clinicas completas de casos sospechosos de IAAS.	No se requirio solicitar al archivo historias clinicas completas de casos sospechosos de IAAS.	NA
6	diligenciar formato individual de IAAS con la identificacion de factores de riesgo exogenos y endogenos.	notificacion de pacientes encontrados por Busqueda activa al el medico hospitalario quien confirma si el caso se debe notificar o no	fichas epidemiologicas ubicadas en oficina de epidemiologia
7	Apoyo permanente en fase rapida de investigacion de brotes de IAAS (medidas de controls iniciales), y fase lenta(operación de medidas).	No se presentaron Brotes por IAAS	NA
8	revision diaria de la evolucion clinica y ordenes de los pacientes en seguimiento por caso sospechoso,probable y confirmado de IAAS.	notificacion de pacientes encontrados por Busqueda activa al el medico hospitalario quien confirma si el caso se debe notificar o no	Fichas aislamiento,adherencia paciente IAAS
9	Visitar diariamente al laboratorio clinico para realizar seguimiento a los cultivos y aislamientos microbiologicos, realizar retroalimentacion de IAAS confirmadas , tabulacion, consolidacion y actualizacion de bases de datos de pacientes con IAAS confirmadas descartadas y extra institucionales.	verificacion de los reportes que envia el laboratorio clinico.	reportes laboratorio clinico paciente IAAS
10	Participacion en analisis de casos de IAAS,con infectologia.	NA	NA
11	Diligenciar ficha de notificaion a SIVIGILA de infecciones asociadas a dispositivos.	notificacion de las infecciones todos los viernes al aplicativo SIVIGILA	reporte sivigila
12	Seguimiento a la evolucion de pacientes con aislamientos microbiologicos de interes epidemiologico	aplicación de listas de chequeo en difetentes servicios de las UMHES Materno Infantil y UMHES Jorge Eliecerverificando el cumplimiento de protocolos de cada uno de ellos capacitacion a personal nuevo	Fichas aislamiento,adherencia paciente IAAS
13	Participacion en jornadas de capacitacion, educacion continuada al personal en temas inherentes cuando se requiera y acompañamiento de entes externos en las unidades en las actividades programadas con sus respectivos soportes e informes.	participacion en jornadas de capacitacion, educacion continuada al personal en temas inherentes cuando se requiera y acompañamiento de entes externos	lista de capacitacion
14	Participacion como personal de apoyo en medicion e implementacion en el plan de capacitacion (induccion, reinduccion), en temas asociados a estrategias multimodal de higiene de manos.	participacion en jornadas de capacitacion, educacion continuada al personal en temas inherentes cuando se requiera y acompañamiento de entes externos	lista de capacitacion
15	Apoyar la construccion de la linea de base y seguimiento de indicadores de higiene de manos como parte fundamental de una atencion segura.	Informe semanal de la verificación de los servicios a los lideres de las UMHES Materno Infantil y UMHES Jorge Eliecer	NA

16	Realizar verificacion visual de la adherencia y tecnica de higiene de manos en los diferentes servicios, hacer retroalimentacion en quienes se detecten oportunidades de mejoramiento.	aplicación de listas de chequeo en difetentes servicios de las UMHES Materno Infantil y UMHES Jorge Eliecerverificando el cumplimiento de protocolos de cada uno de ellos. capacitacion a personal nuevo	Lista de chequeo higiene de manos
17	Vigilar que se brinden herramientas e insumos para exigir al personal el cumplimiento de la estrategia multimodal.	seguimiento del area de central de diluciones donde se verifica la entrega de los insumos a los diferentes de servicio	lista de chequeo central de diluciones MI-TV-FT-011
18	Supervision de adherencia de normas de manual de bioseguridad con la respectiva retroalimentacion.	Lectura de los difentes protocolos de IAAS para aplicar las listas de chequeo Presentación de Manual modelo de mejoramiento institucional	lista de chequeo MI-TV-FT_013
19	Consolidacion de la base de datos por area, unidad e individual con su respectiva notificaion a la Secretaria Distrital de Salud mensual con plan de accion de cada unidad.	frente a los Informe semanal de la verificación de los servicios a los lideres de las UMHES Materno Infantil y UMHES Jorge Eliecer	Informes de verificación de las unidades y listas de chequeo oficina de epidemiologia UMHES materno infantil
20	Informar sobre los casos sospechosos, probables, confirmados y demas novedades que se encuentren en la ronda diaria verificando el respectivo diligenciamiento de la ficha en salud publica	notificacion de pacientes encontrados por Busqueda activa al el medico hospitalario quien confirma si el caso se debe notificar o no	Base busqueda activa medico hospitalario
21	Diligenciamiento diario del formato de factor de riesgo asociado a dispositivos en las unidades de cuidado intensivo adulto,pediatrico y neonatal.	se diligencia el formato, en las UCI de la UMHES Santa clara	listas de chequeo oficina de epidemiologia UMHES materno infantil
22	Verificacion semanal de paquetes de medidas cateter central, cateter urinario y ventilacion mecacnica disositivos en las unidades de cuidado intensivo adulto,pediatrico y neonatal.	diligenciaminto de la hoja de numero de dispositivos invasivos en UCI, formato de paquete de medidas y lista de chequeo verificando tecnica de higiene de manos	listas de chequeo oficina de epidemiologia UMHES materno infantil
23	Apoyar a la entidad en las actividades que demande segun requerimientos interinstitucionales y extrainstitucionales de las unidades de servicios de salud de laSubred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente	Se revisa base de IAAS para analizar los eventos Adversos criticos si es necesario	lista de capacitacion oficina de epidemiologia UMHES materno infantil
24	Responder por los elementos entregados para el desarrollo de las activiades asignadas.	Asistencia al comité distrital de infecciones intrahospitalaria manera virtual Cuado se realiza la lista de chequeo en los servicios se capacita al personal	Acta comité de infecciones

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

Firma del Contratista

C.C. 1.010.171.953 **de** Bogotá

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	LORENZA BECERRA CAMARGO
CARGO:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO GRADO 05
FIRMA	

Cuenta de cobro 007 - 2021

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

Nit. 900.959.051-7

DEBE A:

Julie Marcela Garcia Reyes
C.C. 1.010.171.953 de Bogotá

LA SUMA DE:

Un millón ochocientos cincuenta y cuatro mil trescientos sesenta pesos ($1.854.360)

Por concepto de:

- Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No PS 4865 de 2021 correspondiente del 1 al 31 de octubre de 2021

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS DE ACUERDO A SU PERFIL ACADÉMICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES (DE SU PROFESIÓN), CON DISPONIBILIDAD EN CUMPLIMIENTO DE LA MISIÓN Y LA VISIÓN DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Cordialmente,

Julie M. G.

Julie Marcela Garcia Reyes
C.C. 1.010.171.953
Teléfono: 3105588614
No Cuenta 4292006749 ahorros colpatria

Fecha: 31/ Octubre /2021

en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1010171953		GARCIA REYES JULIETH MARCELA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 54 SUR N 12A-26 BRR TUNJUELITO	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-10	2021-10	15173639	9425084651	I	2021/11/12	2021/10/04	BANCO DE OCCIDENTE	0	$281,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$908,526	$145,400			$908,526	$113,600			$0	$0			$908,526	$22,200		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$908,526	$145,400			$908,526	$113,600			$0	$0			$908,526	$22,200		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$908,526	$145,400			$908,526	$113,600			$0	$0			$908,526	$22,200		$0	$0
1	CC 1010171953	GARCIA JULIE	Z30301	30	$908,526	$145,400	EPS010	30	$908,526	$113,600		0	$0	$0	14-7	30	$908,526	$22,200	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$908,526	$145,400			$908,526	$113,600			$0	$0			$908,526	$22,200		$0	$0

en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante*	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1010171953		GARCIA REYES JULIETH MARCELA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 54 SUR N 12A-26 BRR TUNJUELITO	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-10	2021-10	15173639	9425084651	I	2021/11/12	2021/10/04	BANCO DE OCCIDENTE	0	$281,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	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
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$113,600	$0	$0	$113,600
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$113,600	$0	$0	$113,600
TOTAL				1	$281,200	$0	$0	$281,200

1 Modificación del contrato
2 Información general
3 Condiciones
4 Bienes y servicios
5 Documentos del Proveedor
6 Documentos del contrato
7 Información presupuestal
8 Ejecución del Contrato
9 Modificaciones del Contrato
10 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? 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

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	PS 4865 2021 ABRIL.pdf	PS 4865 2021 ABRIL.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 4865 2021 MAYO.pdf	PS 4865 2021 MAYO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS4865 2021.pdf	PS4865 2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 4865 2021 JULIO JULY.pdf	PS 4865 2021 JULIO JULY.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 4865 2021 AGOSTO.pdf	PS 4865 2021 AGOSTO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 4865 2021 SEPTIEMBRE.pdf	PS 4865 2021 SEPTIEMBRE.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >