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 CONTRATACIÓN
PS 8037 2021 FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 03
FECHA: 2021-12-27

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 4461 2022	**C.D.P. No.:**	377	**Proceso que pertenece:**	CONVENIO 0016 - 2021
				Servicio al que pertenece:	CONSULTA EXTERNA
				Unidad a la que pertenece:	UMHES SANTA CLARA

Nombre del Contratista: LUZ ANGELA GONZALEZ SANDOVAL **C.C.** 52.289.377 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2022-02-15 **Fecha Terminación inicial:** 2022-04-15 **Valor Mensual:** $ 3.627.684 **Valor a cobrar:** $ 1.571.996

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO PLANILLA
1	FEBRERO	$ 1.571.996	$ 0	AFILIACION	
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 7.497.214	$ 7.497.214	$ 1.571.996	$ 5.925.218

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO EN SALUD PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E CONVENIO 016 2021

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2022-02-15 **Hasta:** 2022-02-28

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUTO O EVIDENCIA
1	Acompañar a la enfermera/o el ejercicio de priorización de hogares con base en la información recopilada por el grupo base.	Se realiza la revision de las fichas del FTP a diario en las cuales se analiza la información junto a la enfermera y auxiliar de enfermeria para determinar su prioridad evaluando el estado de salud con base a la información encontrada en la ficha de caracterización, Historia clinicas , repostes al SIRC, y/o notificaciones realizadas por el doctor de equipo base	formatos de induccion, planillas de asistencia
2	Programar visitas complementarias a los hogares que requieran aplicación de pruebas por alerta en salud mental y/o presencia de personas en condición de dependencia/discapacidad y sus cuidadores.	Se realiza la revision de las familias que requerieren segunda visita por parte de equipo complementario en este caso (psicologia), se programa via telefonica a la familia se le realiza la aplicación de pruebas y/o tamizajes para evaluar el estado de su salud mental y si es necesario reportar y notificar el caso a las entidades encargadas, adicionalmente si son cuidadores y/o personas en condicion de dependencia o discapacidad.	formatos de induccion, planillas de asistencia
3	Realizar las mencionadas visitas complementarias, aplicar pruebas y registrar los resultados en la herramienta de recolección de informacion según corresponda: WHODAS 2.0 para discapacidad, indice de Barthel para dependencia. Assist para consumo de sustancias psicoactivas y Test Zarit para sobrecarga del cuidador.	Se realiza la visita, se analizan los resultados de cada de una de las pruebas realizadas para evaluar según corresponda el caso, si es cuidador se prioriza en alta para que pueda acceder al programa estrategia de relevo.	formatos de induccion, planillas de asistencia
4	Presentar y analizar junto con el/la enfermero/a los resultados de la visita complementaria de cara a la presentación de los casos en el Comité de Cuidado.	Se analiza con el enfermero los resultados de las pruebas aplicadas y hallazgos encontrados en la visita complementaria en donde se determina si es importante generar un reporte, notificación o alarma en caso de que se encuentre en riesgo su salud mental, se exponen y se prepara la información para ser analizada en el comite de cuidado.	formatos de induccion, planillas de asistencia
5	Participar activamente en el Comité de Cuidado Semanal.	Se establece comunicación entre equipo base y complementario para exponer los casos en el comité de cuidado, participar activamente junto con la gestora para evaluar el estado de salud de los pacientes que requieren ser atendidos y priorizados de manera inmediata. realizar el plan de cuidado y dar las recomendaciones para cada familia con paciente en prioridad alta	formatos de induccion, planillas de asistencia
6	Apoyar al enfermero/a junto con el auxiliar de enfermeria del grupo de seguimiento, en la consignación de información en el formato de recomendaciones de Cuidado.	Se apoya al enfermero en la elaboracion de la parte psicosocial para realizar la recomendación a las familias que lo requieran, apoyo al auxiliar de enfermeria en la entraga de planes de cuidado.	formatos de induccion, planillas de asistencia

7	Apropiación de la guia operativa	Adquisición, aplicación y retroalimentación de información recolectada para la adecuada intervención y adherencia de los pacientes a recomendaciones de acuerdo a la guia operativa, cumplir con cada una de las funciones estipuladas en el lineamiento y dar cumplimiento al programa "salud a mi barrio" y ser resolutivos	formatos de induccion, planillas de asistencia
8	Garantizar el proceso de archivo y organizacion de la documentacion fisica de las actividades realizadas por el equipo territorial y otras actividades que la subred requiera segun la operatividad de AMED, Lineamientos para cumplimiento de metas y productos	Apoyar el proceso de oragnización de los documentos físicos entregados por el equipo territorial Dar cumplimiento a las actividades a cargo establecidas en el contrato y los lineamientos de manera oportuna y responsable.	formatos de induccion, planillas de asistencia

Observaciones:

Nota: Es deber contractual anexar la certificación del pago a Salud, pensión y ARL. En caso de tener contrato nuevo adjuntar el soporte de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud como cotizante y afiliación a pensión.. Teniendo en cuenta que con la implementación del Decreto 1273 de 2018 el pago de aportes se hace de manera vencida de acuerdo con las fechas establecidas en el Decreto 1990 de 2016.

Firma del Contratista

C.C. 52 289 377 **de** BOGOTÁ

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 1	
NOMBRE:	Edilsa Esther Maury Bello
CARGO:	Directora Tecnica Servicios Ambulatorios
FIRMA	

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 2	
NOMBRE:	N/A
CARGO:	N/A
FIRMA	N/A

Cuenta de cobro (1) - 2021

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

Nit. 900.959.051-7

DEBE A:

LUZ ANGELA GONZALEZ SANDOVAL

C.C. ___52289377_____ DE__BOGOTÀ D.C _____

LA SUMA DE:

Un millón quinientos setenta y seis un mil novecientos noventa M/CTE

($1.571.996)

Por concepto de:

Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No PS 4461 2022 correspondiente al mes de **febrero** de 2022.

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO EN SALUD PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E CONVENIO 016 2021

Cordialmente.

C.C.: 52289377
TELEFONO: 3218019146_____
DIRECCION: TV 4 87 47 SUR _____
NUMERO DE CUENTA: _24092667888 _____
BANCO: BANCO CAJA SOCIAL _
FECHA DE GENERACION DE CUENTA: 28 de febrero 2022

Banco Caja Social
Su banco amigo.

UNA EMPRESA DE FUNDACIÓN GRUPO SOCIAL

HACE CONSTAR:

Que el (los) cliente(s)

LUZ ANGELA GONZALEZ SANDOVAL Identificado con CC 52289377

Actualmente tiene(n) Cuentamiga, radicado(a) en la oficina , con las siguientes características:

Número:	24092667888
Fecha de apertura:	8 de Marzo de 2019
Condiciones de uso:	Individual, 1 firmas(s), 0 sello(s) húmedo(s) o de caucho, sin protector
Estado:	Cuenta activa

Esta constancia se expide con destino a quien pueda interesar, el 29 del mes Enero de 2022.

Cordialmente,

Vicepresidencia de Banca Masiva

VIGILADO Banco Caja Social

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

* 0 6 2 7 4 0 9 0 8 *

No. de Radicación SAT

Fecha de Radicación

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

1. Tipo de trámite
   A. Afiliación
   B. Reporte de Novedades
2. Tipo de Afiliación
   A. Individual - Cotizante o Jefe de Familia
   B. Conyugal
   C. Complementaria
   D. Beneficiario o Afiliado Adicional
3. Régimen
   A. Contributivo
   B. Subsidiado
4. Tipo de afiliado
   A. Dependiente
   B. Independiente
   C. Pensionado
5. Tipo de cotizante
   A. Dependiente
   B. Independiente
   C. Pensionado
   Código

A. AFILIACIÓN II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres

7. Tipo de documento de identidad
8. Número del documento de identidad
9. Sexo
   Femenino
   Masculino
10. Fecha de nacimiento
    Día
    Mes
    Año

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia
    Tipo
    Cual
12. Discapacidad
13. Puntaje SISBÉN
14. Grupo de población especial
15. Administradora de riesgos laborales - ARL
16. Administradora de pensiones
17. Ingreso base de cotización - IBC
18. Residencia
    Departamento
    Municipio
    Zona

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)

19. Apellidos y nombres

20. Tipo de documento de identidad
21. Número del documento de identidad
22. Sexo
    Femenino
    Masculino
23. Fecha de nacimiento
    Día
    Mes
    Año

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. Apellidos y nombres
    Primer Apellido
    Segundo Apellido
    Primer Nombre
    Segundo Nombre

25. Tipo de documento de identidad
26. Número del documento de identidad
27. Sexo
    Femenino
    Masculino
28. Fecha de nacimiento
    Día
    Mes
    Año

Datos complementarios

29. Parentesco
30. Etnia

31. Discapacidad
32. Datos de residencia
    Departamento
    Municipio
    Zona

Solo diligenciar si desea afiliación adicional o registro para EPS

Selección de la IPS Primaria

33. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS
    Código IPS

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DEL SISTEMA (DILIGENCIAR SOLO EN TRANSACCIONES DE LA AFILIACIÓN INSTITUCIONAL O DE OFICIO)

de Identificación

39. Ubicación

REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

DATOS PARA LA PORTABILIDAD

41. Datos básicos de identificación

Tipo de documento de identidad
Número del documento de identidad
Sexo
Fecha de nacimiento

43. EPS anterior
    Código

VI. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

DILIGENCIADO

USO EXCLUSIVO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL

Fecha de Radicación en la ET
Datos del SISBÉN
IPS Primaria asignada
Clasificación del Usuario

USUARIO NO AFILIADO