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:** BOGOTÁ

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

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 7.376.291	1002	2022-04-16	2022-06-16
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		
2	MARZO	$ 3.627.684	$ 309.400	1044511863	7/03/2022
3	ABRIL	$ 3.627.684	$ 449.000	1045138685	2022-04-05
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	$ 14.873.505	$ 8.827.364	$ 6.046.141

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 DIRECCIÓN 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:** 2022-04-01 **Hasta:** 2022-04-30

	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	Apoyo en el tablero de control, priorización de familias en ficha de caracterización
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.	Visitas realizadas para el mes de febrero con resultados de pruebas cargadas en FTP.
3	Realizar las mencionadas visitas complementarias, aplicar pruebas y registrar los resultados en la herramienta de recolección de información según corresponda: WHODAS 2.0 para discapacidad, índice 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.	Aplicación de pruebas y tamizajes realizados y cargados al FTP, evidencia de la visita realizada con la firma del paciente archivadas en el AZ
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.	Presentar los casos semanal en el comité de cuidado, analizar la información entre todo el equipo, gestionar para dar una respuesta o solución oportuna al paciente

Cuenta de cobro (3) - 2021

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

Nit. 900.959.051-7

DEBE A:

LUZ ANGELA GONZALEZ SANDOVA

C.C. 52.289.377 DE BOGOTÀ D.C

LA SUMA DE:

Tres millones seiscientos veintisiete mil seiscientos ochenta y cuatro M/CTE

($3.627.684)

Por concepto de:

Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No PS 4461 2022 correspondiente al mes de **abril** 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.: 52.289.377
TELEFONO: 3218019146
DIRECCION: TV 4 87 47 SUR
NUMERO DE CUENTA: 24092667888
BANCO: BANCO CAJA SOCIAL
FECHA DE GENERACION DE CUENTA: 30 de abril 2022

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2022-04-12, 08:17:06 PM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1045138685

Periodo Cotización 202203 **Periodo Servicio** 202203

Cliente:

PAGADA 2022-04-05

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LUZ ANGELA GONZALEZ SANDOVAL				
Documento	CC 52289377	**Dirección**	TV 4 #88 - 47 SUR		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3218019146		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 52289377		**Residente**		**Exonerado**	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	59	00					GONZALEZ SANDOVAL LUZ ANGELA	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																											Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Ap
															0	30	30	30	0			$ 1.451.098	231001		16 %	$ 1.451.098	$ 232.200	$ 0	$ 0	EPS017		12,5 %	$ 1.451.098	$ 181.400	$ 0	14-7	3	2,436 %	$ 1.451.098	$ 35.400	NIN-CC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
COLFONDOS	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	FAMISANAR EPS	SEGUROS BOLIVAR	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 232.200	$ 0	$ 0	$ 181.400	$ 35.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 449.000

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 -
¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Pode de lo SIMP

Gmail

Liliana Torres Zapata <lilianatoza05@gmail.com>

BBVA Net - Pagos PSE

1 mensaje

BBVA@bbvanet.com.co <BBVA@bbvanet.com.co>
Para: lilianatoza05@gmail.com

5 de abril de 2022, 08:01

BBVA

Ref: 06972982

Estimado (a) Cliente:

Te informamos que el día 2022-04-05 a las 08:01, realizaste un pago por el sistema PSE al comercio SIMPLE OI, por un valor de $449,000.00 desde la cuenta terminada en XXX2678, a través de nuestro servicio BBVA Net.

Recuerda:

1. Realiza el pago ingresando al portal de la entidad donde tienes los recursos cumpliendo los requerimientos de seguridad que te soliciten.

2. El pago se registrará en la fecha en que se reciba confirmación de transacción aprobada por la entidad originadora.

3. Al ordenar la reversión del pago, tus productos BBVA pueden entrar en mora.

4. Como cliente tienes la obligación de realizar el pago oportuno de tus obligaciones.

Gracias por utilizar nuestros Canales transaccionales. Como medida adicional te recordamos la importancia de cambiar periódicamente tus claves de acceso a todos nuestros canales.

Cordial saludo,

BBVA Creando Oportunidades

Nota: Si no eres el destinatario de este mensaje, por favor comunícate con nosotros con el fin de realizar la actualización correspondiente, al 4010000 en Bogotá, 4938300 en Medellín, 3503500 en Barranquilla, 8892020 en Cali, 6304000 en Bucaramanga o al 01800 912227 desde el resto del país.

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	Participación activa en los comites de cuidado evaluando y exponiendo los casos que requieren atención inmediata o una solución
6	Apoyar al enfermero/a junto con el auxiliar de enfermería 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	formato plan de cuidado, archivar en las AZ cada plan de cuidado junto a consentimientos informados y registro de visita psicologica
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 guía operativa, cumplir con cada una de las funciones estipuladas en el lineamiento y dar cumplimiento al programa "salud a mi barrio" y ser resolutivos	Cumplir con cada una de las actividades establecidas en el linamienton,entregar los productos oportunamente, asistir a reuniones convocadas y/o comites de cuidado.
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.	A-Z de los equipos. Actividades complementarias.

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