

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: PS 5474 2023

C.D.P. No.: 1399

Proceso que pertenece: CONVENIO 0002-2023

Servicio al que pertenece: CONSULTA EXTERNA

Unidad a la que pertenece: UMHES SANTA CLARA

Nombre del Contratista: LORENA CECILIA GONZALEZ SUAREZ

C.C.: 22.519.501

de: BARRANQUILLA

Fecha Inicio: 2023-05-18

Fecha Terminación inicial: 2023-06-06

Valor Mensual: \$ 4.613.064

Valor a cobrar: \$ 4.613.064

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	Nº CT A	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO PLANILLA
1	\$ 4.613.064	1634	2023-06-06	2023-07-06	1	MAYO	\$ 2.306.532	\$ 337.900	9449645094	12/5/2023
2	\$ 4.613.064	1983	2023-07-07	2023-08-06	2	JUNIO	\$ 4.613.064	\$ 364.900	9451081191	16/6/2023
3	\$ 4.613.064	2295	2023-08-07	2023-09-06	3	JULIO	\$ 4.613.064	\$ 379.000	9452627756	17/7/2023
4	\$ 4.613.064	2802	2023-09-07	2023-10-06	4	AGOSTO	\$ 4.613.064	\$ 378.900	9453693663	14/8/2023
6					6	SEPTIEMBRE	\$ 4.613.064	\$ 378.000	9455042066	15/9/2023
7					7					
8					8					
9					9					
10					10					
11					11					
12					12					
13					13					
14					14					
15					15					
16					16					
17					17					
18					18					
19					19					
20					20					

Resumen de contrato	VALOR INICIAL DEL CONTRATO \$ 3.075.376	VALOR TOTAL DEL CONTRATO \$ 21.527.632	PAGOS REALIZADOS \$ 20.758.788	SALDO DEL CONTRATO \$ 768.844
---------------------	--	---	-----------------------------------	----------------------------------

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. CONVENIO 0002 DE 2023

Relación de actividades para el periodo:		Desde:	Hasta:	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO	
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN		PRODUCTO O EVIDENCIA	
1	Elaborar el plan de cuidado por integrante del hogar	Aplicación de escalas y preguntas claves para generar plan de cuidado según		Generar plan de cuidado y link	
2	Entregar al grupo de gestión familiar el reporte de las atenciones realizadas por los profesionales en la herramienta prevista para tal fin	Realizar valoración integral a familia y generar plan a seguir para mejorar salud.		Historia Clínica, Plan de cuidado	
3	Asistencia a comité	Asistir al comité semanal y participar activamente.		Acta del comité y firma de asistencia	
4	Entre otras actividades que permitan la ejecución del convenio	Asistir a conglomerados y realizar valoraciones y acciones de cuidado de		Asistencia a conglomerados	
5	Registrar información en la base de datos de atenciones en salud definida por la secretaría Distrital de salud y diligenciar el Plan de cuidado individual con las recomendaciones definidas según los hallazgos y la concertación.	Llenar bases de datos según valoración de personas y familias, etapas de vida y necesidades.		Historia clínica, Plan de cuidado	
6	En caso de identificar eventos de interés en salud pública, realizar la notificación al subsistema correspondiente y notificar al Gestor familiar y/o su equipo de apoyo. Valorar de manera integral la salud	Reportar y canalizar en máximo 24 horas cualquier caso de alta prioridad		Formatos de reporte, Canalización.	
7	Identificar los principales cambios en el desarrollo	Examen físico realizado en consulta		Plan de cuidado e historia clínica	
8	Identificar oportunamente factores de riesgo con el fin de prevenirlos o derivarlos para su manejo oportuno	Realizar valoración integral a familia y generar plan a seguir para mejorar salud.		Plan de cuidado e historia clínica	
9	Identificar y potenciar capacidades, habilidades y prácticas para promover el cuidado de la salud.	Realizar valoración integral a familia y generar plan a seguir para mejorar salud.		Plan de cuidado e historia clínica	
10	Cuando se requiera comunicarse telefónicamente con el médico familiar o médico internista o psiquiatra de la Subred, quien realizará una teleasistencia para fortalecer la resolutivez de los profesionales en campo	Realizar llamada a especialistas según necesidad.		Plan de cuidado e historia clínica	
11	Llamar al auxiliar de enfermería del grupo familiar para agendar cita con especialistas.	Contacto según necesidad.		Plan de cuidado e historia clínica	
12	Establecer la prioridad de la familia: Alta, Media o Baja, según las condiciones clínicas de cada uno de los integrantes	Según guía operativa y lo observado en la valoración integral.		Plan de cuidado e historia clínica	
13	Concertar el plan de cuidado por integrante del hogar.	Según resultados de la valoración dar plan de cuidado familiar.		Plan de cuidado e historia clínica	
14	En caso de que la familia reporte que alguno de sus integrantes pertenece a población de priorizada como mujeres gestantes, niños menores de cinco (5) años, personas con enfermedades crónicas, adultos mayores, personas en condición de discapacidad o dependencia, y sus cuidadores, se debe programar una nueva visita	Según población de la familia realizar plan de cuidado por lo visto en la valoración y programar seguimiento		Plan de cuidado e historia clínica	

15	todas las atenciones definidas en el curso de vida por la Resolución 3230 de 2018 en el caso contrario, ordenar o canalizar.		Realizar afiliación por oficio según criterios	Historia clínica
16	En caso de identificar población sin aseguramiento que cumpla los criterios para afiliación por oficio debe remitir la información al grupo familiar para la gestión de la afiliación de oficio a través del Sistema de Afiliación Transaccional (SAT)			Afiliación
17	Entregar al grupo de gestión familiar el reporte de las atenciones realizadas por los profesionales en la herramienta prevista para tal fin.	Según población de la familia realizar plan de cuidado por lo visto en la valoración y programar seguimiento		Plan de cuidado e historia clínica
18	En caso de encontrar una emergencia en cualquiera de sus visitas, los integrantes del Grupo Base asistirán a quien lo necesite y/o solicitarán apoyo al Centro Regulador de Urgencias y Emergencias - CRUE de la Secretaría Distrital de Salud para remitir a la persona a una Institución Prestadora de Salud - IPS que pueda atenderlo.	Según estado de salud de los usuarios, si es necesario llamar al CRUE.		Historia clínica y plan de cuidado
19	Realizar Canalización SIRC		Canalizar a SIRC	Canalización SIRC
20	Valoraciones Integrales en Jornada de Salud en Conglomerados	Asistir a conglomerados y realizar valoraciones y acciones de cuidado de		Asistencia a conglomerados, historia clínica
21	Detección temprana de alteraciones, formulación y educación en salud-casa a casa.	Realizar valoración integral a familia y generar plan o seguir para mejorar salud.		Plan de cuidado e historia clínica
22	Asistencia al comité de salud	Asistir a comités semanales.		Actas y firmas de asistencias
23	Asistencia al comité de salud	Asistir al comité semanal		Actas y firmas de asistencias
24	Realizar demás actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor del contrato	Asistir a todas las capacitaciones programadas		Firmas de asistencias
Observaciones:				
<p>Nota: Se debe 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 afiliado 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.</p>		<p><i>Lorena Gonzalez</i> Firma del Contratista</p>		
		C.C.	22.519.501	de BARRANQUILLA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 1		VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 2	
NOMBRE:	Juli Paola Mora Bautista	NOMBRE:	N/A
CARGO:	Director Servicios Ambulatorios	CARGO:	N/A
FIRMA	<i>[Firma]</i>	FIRMA	N/A

Cuenta de cobro 005- 2023

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

Nit. 900.959.051-7

DEBE A:

LORENA CECILIA GONZALEZ SUAREZ
C.C. 22519501 de Barranquilla

LA SUMA DE:

**CUATRO MILLONES SEISCIENTOS TRECE MIL SESENTA Y CUATRO
PESOS M/CTE
(\$4.613.064)**

Por concepto de:

- Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No PS 5474 - 2023 correspondiente del 01 al 30 de septiembre de 2023.

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E, CONVENIO 0002 DE 2023

Cordialmente

Lorena Gonzalez

LORENA CECILIA GONZALEZ SUAREZ

C.C 22519501 de Barranquilla

Teléfono: 3002061629

Dirección: Cra 89 A Bis N° 8 A 10 APT 901

No Cuenta de Ahorros : 844803971259

BANCO DAVIVIENDA

Fecha: 30 de septiembre de 2023

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 22519501		GONZALEZ SUAREZ LORENA CECILIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 89A BIS 8A-18	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3265920	SI	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo		Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor	
2023-08	2023-08	161431110	9455042066	1	2023/09/04	2023/09/15	BANCO DAVIVIENDA	11	\$578,000
RESUMEN DE PAGO									
RIESGO		CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$295,300	\$3,600	\$0	\$298,900
COLPENSIONES		25-14	900,336,004	7	1	\$295,300	\$3,600	\$0	\$298,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$45,000	\$600	\$0	\$45,600
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS		14-23	860,011,153	6	1	\$45,000	\$600	\$0	\$45,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$230,700	\$2,800	\$0	\$233,500
COMPENSAR		EPS008	860,066,942	7	1	\$230,700	\$2,800	\$0	\$233,500
TOTAL					1	\$571,000	\$7,000	\$0	\$578,000

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Identificación	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal
CC 22519501	GONZALEZ SUAREZ LORENA CECILIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL
		CBA 89A BIS 8A-18	
		BOGOTA-BOGOTA D.E.	
		3265970	
		Exonerado SENA e ICBF	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION			
Periodo	Clave	Tipo	Fecha
Persión Salud	Pago	Planilla	Pago
2023-08	161431110	I	2023/09/04
		Limite	2023/09/15
		Banco	BANCO DAVIVIENDA
		Dias Mora	11
		Valor	\$578.000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																														
EMPLEADO		NOVEDADES										PENSION		SALUD		CCF		RIESGOS		PARAFISCALES										
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	ide	tae	tdp	tap	top	cor	vet	sin	ige	uma	vac	avp	vct	int	up	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Exonerado SENA e ICBF
1	CC	22519501	GONZALEZ SUAREZ LORENA CECILIA																	25-14	30	EP5008	30	0	14-23	30	0	0	0	No
Total		Afiliados(1)																												