

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: **PS 6193 2023** C.D.P. No.: **2051** Proceso que pertenece: **AMBULATORIOS**
 Servicio al que pertenece: **AMBULATORIOS/CONVENIO 0006**
 Unidad a la que pertenece: **SEDE PRIMERO DE MAYO**
 Nombre del Contratista: **KATHERIN VIZOANO HERNANDEZ** C.C. **1.002.069.910** de **LURIACO- ATLANTICO**
 Fecha inicio: **2023-07-13** Fecha Terminación inicial: **2023-12-31** Valor Mensual: **\$1.916.916** Valor a cobrar: **\$1.916.916**

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	JULIO	\$ 1.072.868	certificado	certificado	certificado
2	AGOSTO	\$ 1.916.916	\$ 218.500	9454884622	14/08/2023
3	SEPTIEMBRE	\$ 1.916.916	\$ 363.000	9455116351	15/09/2023
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
	\$ 10.862.524	\$ 10.862.524	\$ 4.906.700	\$ 5.955.824

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS TÉCNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. - CONVENIO 0006-2023 "EPOC".

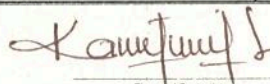
Relación de actividades para el periodo: Desde: **2023-09-01** Hasta: **2023-09-30**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)		DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO	
		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1. Prestar el servicio de conformidad con la programación de agenda acordada con el supervisor del contrato para el desarrollo de sus actividades.	NA	NA
2	2. Controlar los signos vitales de cada uno de los pacientes asignados con la periodicidad requerida según orden médica, orden de Enfermería y protocolo institucional, informando al médico y enfermeras las alteraciones encontradas y registrándolas en la historia clínica digital.	NA	NA
3	3. Orientar y preparar a los pacientes para exámenes diagnósticos de acuerdo con los protocolos de manejo y tecnología requerida según normas establecidas para cada procedimiento.	NA	NA
4	4. Cumplir con los procesos, procedimientos, guías y demás normas definidas por la entidad, de conformidad con el objeto del contrato.	Participar desde su competencia a la caracterización poblacional y al proceso de monitoreo y seguimiento de la atención en salud individual de acuerdo a la oferta institucional para el grupo de riesgo de enfermedades respiratorias crónicas, en el marco de Convenio 0006-2023	Actas de reunión Informe mensual
5	5. Inpartir educación al paciente y a la familia sobre los cuidados específicos a tener en casa de acuerdo a la situación clínica del paciente.	Apoiar desde su competencia el proceso de educación de los usuarios en actividades promoción de salud y prevención de la enfermedad del grupo riesgo de enfermedades crónicas y los eventos priorizados en el contexto de enfoque a los paciente con diagnóstico de ASMA y EPOC.	Seguimientos
6	6. Asistir a reuniones y capacitaciones programadas por la entidad.	Participar en las mesas de trabajo y reuniones convocadas para el desarrollo y cumplimiento contractual del convenio	Actas de reunión Informe mensual
7	7. Mantener la reserva de la información clínica y personal de los pacientes.	Realizar las actividades de agendamiento, seguimiento al paciente con dx EPOC y asma en el marco del convenio	Actas de reunión Informe mensual
8	8. Apoyar desde su competencia en la definición de estrategias para la atención integral de las personas activas en la RIAS ERC y los eventos priorizados Asma y EPOC. Participar en la continuidad del proceso de unificación del manejo clínico de la EPOC y establecer el proceso para manejo del Asma.	Participar desde su competencia en la caracterización poblacional y al proceso de monitoreo y seguimiento de la atención en salud individual de acuerdo a la oferta institucional para el grupo de riesgo de enfermedades respiratorias crónicas, en el marco de Convenio 0006-2023	Actas de reunión Informe mensual
9	9. Participar en el diseño, elaboración e implementación del plan de capacitación entrenamiento a través de la estrategia de Educación Interprofesional en Salud (IUPS).	Apoiar desde su competencia el proceso de educación de los usuarios en actividades promoción de salud y prevención de la enfermedad del grupo riesgo de enfermedades crónicas y los eventos priorizados en el contexto de enfoque a los paciente con diagnóstico de ASMA y EPOC.	Seguimientos
10	10. Desarrollar desde su competencia las actividades de prestación de servicios de atención en salud individual presencial y/o por acciones de tele-salud en el marco de la RIAS ERC EPOC para los eventos priorizados Asma y EPOC de acuerdo a las directrices de la Subred Integrada de Servicios de Salud.	Realizar las actividades de agendamiento, seguimiento al paciente con dx EPOC y asma en el marco del convenio	Actas de reunión Informe mensual
11	11. Participar en las mesas de trabajo y reuniones convocadas para el desarrollo y cumplimiento contractual del convenio 0006-2023.	Asistencia a las reuniones programadas por quien ejerce la vigilancia, orientación y control de la ejecución del convenio desde SDS	Actas de reunión Informe mensual
12	12. Dar respuesta a las necesidades y requerimientos en el contexto de la implementación de la RIAS ERC.	Dar respuesta a las necesidades y requerimientos en el contexto de la implementación de la RIAS ERC Apoiar en el proceso de seguimiento a las canalizaciones realizadas Apoiar en la gestión de la base de datos del convenio	Actas de reunión Informe mensual

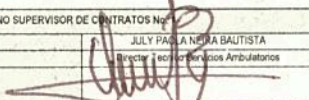
Observaciones:

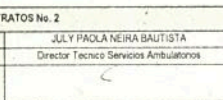
Nota: Es deber contractual anexar la certificación del pago a Salud, pensión y ARL. En caso de tener contrato nuevo adjuntar el soporte de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud como cotizante y afiliación a pensión. Teniendo en cuenta que con la implementación del Decreto 1273 de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

C.C. **1.002.069.910** de **LURIACO- ATLANTICO**



Firma del Contratista

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 1
 NOMBRE: **JULY PAOLA NEIRA BAUTISTA**
 CARGO: **Directora Técnica Servicios Ambulatorios**
 FIRMA: 

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 2
 NOMBRE: **JULY PAOLA NEIRA BAUTISTA**
 CARGO: **Directora Técnica Servicios Ambulatorios**
 FIRMA: 

CUENTA DE COBRO 03 -2023

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD
CENTRO ORIENTE E.S.E
NIT 900959051-7**

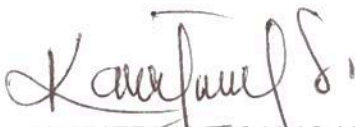
KATHERIN VIZCAINO HERNANDEZ
CC 1.002.069.910 De Luruaco-Atlántico

LA SUMA DE
UN MILLÓN NOVECIENTOS DIECISEIS MIL NOVECIENTOS DIECISEIS M/CTE
(\$1.916.916)

Por concepto de:
Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No PS 6103 de 2023
correspondiente a (186) horas, del 1 de septiembre al 30 de septiembre 2023

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA
DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS
DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E -
CONVENIO 0006-2023 "EPOC".

Cordialmente,



KATHERIN VIZCAINO HERNANDEZ
CC 1.002.069.910
TELEFONO 3002447572
Cr 78 bisA # 75A-06
No de cuenta: 0550488434668544
30/09/2023



Resumen General de Pago

Identificación	dv	Razon Social
----------------	----	--------------

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

Total	Afiliados(1)
-------	----------------

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	DV	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad/Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 1002069910		VIZCAINO HERNANDEZ KATHERIN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE # 16-45	BARRANQUILLA ATLANTICO	3028436	SI	

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo		Fecha		Pago		Banco		Pago		Valor	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Planilla	Límite		Pago				Días Mora			
2023-08	2023-08	161473331	9453116351			2023/09/05		2023/09/15	BANCOLOMBIA				10		\$363,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$185,600	\$2,100	\$0	\$187,700
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	\$185,600	\$2,100	\$0	\$187,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$28,300	\$400	\$0	\$28,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$28,300	\$400	\$0	\$28,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$145,000	\$1,600	\$0	\$146,600
SANTAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$145,000	\$1,600	\$0	\$146,600
TOTAL				1	\$358,900	\$4,100	\$0	\$363,000

