

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CÓDIGO: AT-IA-FF-014
VERSIÓN: 03
FECHA: 2021-11-27

DATOS GENERALES DEL CONTRATO

Nº. CONTRATO - OPS:	PSS472 2023	C.D.R. 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:	LEYDY JOHANA TORRES VALDERRAMA				C.C.
					1.072.961.019
Fecha Inicio:	2023-10-05	Fecha Terminación Inicial:	2023-10-06	Valor Mensual:	\$ 4.613.064
				Valor a cobrar:	\$ 4.613.064

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	\$ 4.613.064	1654	2023-06-07	2023-07-06
2	\$ 6.919.596	1983	2023-07-07	2023-08-06
3	\$ 4.613.064	2295	2023-08-06	2023-09-06
4	\$ 3.264.910	2803	2023-09-07	2023-10-06
5	\$ 4.613.064		2023-10-07	2023-11-06
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO PLANILLA
1	Mayo	\$ 2.306.532	\$ 359.700	10531155992	9/5/2023
2	Junio	\$ 3.345.194	\$ 356.900	1053274714	6/6/2023
3	Julio	\$ 6.117.324	\$ 659.100	1056115402	12/7/2023
4	Agosto	\$ 4.613.064	\$ 767.300	1056520547	14/8/2023
5	Extra Agosto	\$ 601.704	\$ 767.300	1056520547	14/8/2023
6	Septiembre	\$ 4.613.064	\$ 356.900	1057460939	9/9/2023
7	Octubre	\$ 4.613.064	\$ 617.300	1052396646	12/10/2023
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

Remunero de contrato	VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
	\$ 3.075.376	\$ 24.486.010	\$ 23.616.882	\$ 869.128

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

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

Relación de actividades para el periodo: Desde: 2023-10-01 Hasta: 2023-10-31

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Pueden agregarse en la columna)		DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO	
		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 necesidades.	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 mensual 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 enfermería	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 valoración.	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 sub-sistema 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 resolutoriedad 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 mayores 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 en donde el usuario este presente y reciba la atención en salud por parte del equipo.	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	Debe verificar para todos los usuarios valorados en el Hogar hayan acudido a todas las atenciones definidas en el curso de vida por la Resolución 3230 de 2018 en el caso contrario, ordenar o canalizar.	Realizar valoración integral a familia y generar plan a seguir para mejorar salud.	Historia clínica
16	En caso de identificar población sin aseguramiento que cumple 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)	Realizar afiliación por oficio según criterios	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 enfermería	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 a seguir para mejorar salud.	Plan de cuidado e historia clínica
22	Asistencia al comité de salud	Asistir a comités mensuales.	Actas y firmas de asistencia
23	Entre otras actividades que permitan la ejecución del convenio	Asistir a todas las capacitaciones programadas	Firmas de asistencia

Observaciones:

Nota: El deber contractual anterior a la certificación del pago a Salud, pensión y ARL. En caso de tener el contrato nuevo adjuntar el soporte de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud como cotizante y afiliación a pensión. Tenerla en cuenta para con la implementación del Decreto 1273 de 2018 el pago de aportes a los de manera vencida de acuerdo con las fechas establecidas en el Decreto 1999 de 2018.



Firma del Contratista

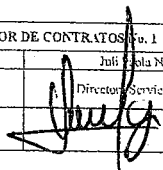
C.C.

1.072.961.019

de

ANAPOMA CUNDINAMARCA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 1

NOMBRE:	Juli Paola Nieto Bautista
CARGO:	Director de Servicios Ambulatorios
FIRMA	

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 2

NOMBRE:	NA
CARGO:	NA
FIRMA	

Cuenta de cobro 007- 2023

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

Nit. 900.959.051-7

DEBE A:

LEYDY JHOANA TORRES VALDERRAMA
C.C.1.072.961.019 de ANAPOIMA CUNDINAMARCA

LA SUMA DE:

**CUATRO MILLONES SEISCIENTOS TRECE MIL SESENTA CUATRO PESOS
M/CTE**

(\$4.613.064)

Por concepto de:

- Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No PS 5472 - 2023 correspondiente del 01 al 31 de OCTUBRE de 2023.

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS 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,



Nombre completo (LEYDY JHOANA TORRES VALDERRAMA)

C.C. 1.072.961.019

Teléfono: 313 4664899 Dirección: CR 24C 54 60 SUR INT 6 APT 302

No Cuenta : 0550468500023899 Ahorros

Banco: DAVIVIENDA

Fecha: 31/OCTUBRE/2023

FORMATO DE REGISTRO ACCIONES DE TERAPIA OCUPACIONAL	
MODALIDAD: 3	
SESIÓN: 3	
CATEGORIA	OBSERVACIONES
OBJETIVO DE LA SESIÓN	
RESULTADOS DE LA SESIÓN	
RECOMENDACIONES	
Fecha de la sesión	
Firma	
Nombres y Apellidos	
Cédula del Cuidador	



PAGOSIMPLE

AUTOLIQIDACION
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2023-10-12, 09:30:27 PM

Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla: 1058259454

Periodo Cotización: septiembre de 2023

Periodo Servicio: septiembre de 2023

PAGADO 12/10/2023

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LEYDY JOHANA TORRES VALDERRAMA		
Documento	CC1072961019	Dirección	CRA 24 C # 54 - 60 SUR
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3134664899
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	UNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	NINGUNA ARP

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades										Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total			
Identificación	Apellidos y Nombres		Tipo Cotización	Subtipo Cotización	ING	RET P	RET F	TAE	TAI	TAF	VAF	COR	NOE	LMA	VAC	AVP	DAS AFP	DAS AFP	DAS AFP	Administración	IBC Pensiones	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administración	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte ESUA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Municipal	Total	
CC 1072961019	LEYDY JOHANA TORRES VALDERRAMA		08	00													0	30	30	0	0	\$ 344.000	\$ 2.150.000	\$ 288.000	0,000	\$ 0	\$ 0	(NIN-CC) NINGUNA	CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 612.800

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Soria	Aportes CBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Salidos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 2.150.000	\$ 2.150.000	\$ 0	\$ 0	\$ 344.000	\$ 288.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 612.800	\$ 4.500	\$ 617.300

