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
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 04
FECHA: 2023-03-22

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 5465 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: BRAYHAN ALEXANDER PULIDO COMAS C.C. 1.013.673.057 de: BOGOTA D.C.

Fecha Inicio: 2023-05-18 Fecha Terminación inicial: 2023-06-06 Valor Mensual: $ 4.613.064 Valor a cobrar: $ 2.607.384

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 4.613.064	1684	6/06/2023	6/07/2023
2	$ 4.613.064	1983	2023-07-07	2023-08-06
3	$ 4.613.064	2295	2023-08-07	2023-09-06
4	$ 2.005.680	2802	2023-09-07	2023-10-06
5	$ 4.613.064	3419	2023-10-07	2023-11-06
6	$ 4.613.064	4117	2023-11-07	2023-12-06
7	$ 8.417.756	123	2023-12-07	2024-02-01
8	$ 352.580	878	2024-02-02	2024-03-31
9	$ 9.226.128	1179	2024-04-01	2024-04-30

N° 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	$ 464.400	7878377268	14/6/2023
2	JUNIO	$ 4.337.283	$ 358.900	7882155831	15/6/2023
3	JULIO	$ 4.613.064	$ 536.800	7885427903	14/7/2023
4	AGOSTO	$ 4.613.064	$ 571.000	7892460851	11/8/2023
5	SEPTIEMBRE	$ 3.690.666	$ 572.000	7902062266	28/9/2023
6	SEPTIEMBRE EXTRAS	$ 902.556	$ 362.700	7901565281	23/10/2023
7	OCTUBRE	$ 1.454.118	$ 362.700	7901565282	23/10/2023
8	NOVIEMBRE	$ 2.507.100	$ 557.100	79032183325 - 79052150803	11/2023-21/11/202
9	DICIEMBRE	$ 1.920.967	$ 556.900	7903224935	30/11/2023
10	ENERO	$ 2.757.810	$ 360.000	7912579421	19/1/2024
11	ENERO EXTRAS	$ 651.846	$ 360.000	7912579421	19/1/2024
12	FEBRERO	$ 4.613.064	$ 405.200	7916496529	22/2/2024
13	MARZO	$ 3.400.950	$ 420.300	7920537272	27/03/2024
14	ABRIL	$ 2.607.384	$ 460.000	7924106535	25/04/2024

Resumen de contrato	VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
	$ 3.098.396	$ 45.130.678	$ 34.096.595	$ 11.034.083

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION 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: 2024-04-01 Hasta: 2024-04-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las relacionadas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUTO 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 Clinica, Plan de cuidado
3	Asistencia a comité	Acudir al comité semanal y participar activamente.	Acta del comité y firma de asistencia
4	Entre otras actividades que permitan la ejecucion del convenio	Asistir a conglomerados y realizar valoraciones y acciones de cuidado de enfermeria	Asistencia a conglomerados
5	Registrar información en la base de datos de atenciones en salud definida por la secretaria Distrital de salud y diligenciar el Plan de cuidado individual con las recomendaciones definidas según los hallazgos y la concertación.	Ejemplificar de datos según valoracion de personas y familias, etapas de vida y necesidades.	Historia clinica, Plan de cuidado
6	En caso de identificar eventos de interes 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 maximo 24 horas cualquier caso de alta prioridad	Formatos de reporte, Cuanlización.
7	Identificar los principales cambios en el desarrollo	Examen fisico realizado en consulta	Plan de cuidado e historia clinica
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 clinica
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 clinica
10	Cuando se requiera comunicarse telefónicamente con el médico familiar o médico psiquiatra o psiquiatra de la Subred, quien cuenten con teleconsulta para fortalecer la resolutividad de los profesionales en campo	Realizar llamada a especialistas según necesidad.	Plan de cuidado e historia clinica
11	Llamar al auxiliar de enfermería del grupo familiar para agendar cita con especialistas.	Contacto según necesidad.	Plan de cuidado e historia clinica
12	Establecer la prioridad de la familia: Alta, Media o Baja, según las condiciones clínicas de cada uno de los integrantes	Según guia operativa y lo observado en la valoracion integral.	Plan de cuidado e historia clinica
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 clinica
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 poblacion de la familia realizar plan de cuidado por lo visto en la valoración y programar seguimiento	Plan de cuidado e historia clinica
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, reforzar o canalizar.	Realizar valoración integral a familia y generar plan a seguir para mejorar salud.	Historia clinica
16	En caso de identificar población sin aseguramiento que cumpla los criterios para afiliación por oficios 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 segim 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 poblacion de la familia realizar plan de cuidado por lo visto en la valoración y programar seguimiento	Plan de cuidado e historia clinica
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 Secretaria Distrital de Salud para remitir a la persona a una Institución Prestadora de Salud – IPS que pueda	Segun estado de salud de los usuarios, si es necesario llamar al CRUE.	Historia clinica y plan de cuidado

Observaciones:

Nota: Es deber contractual anexar la conciliación 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 mensual de acuerdo con las fechas establecidas en el Decreto 1990 de 2016.

Firma del Contratista

C.C. 1.013.673.057 de Bogotá D.C.

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATO

NOMBRE:	Juli Paola Neira Bautista
CARGO:	Directora Servicios Ambulatorios
FIRMA	

Cuenta de cobro 14 - 2024

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

Nit. 900.959.051-7

DEBE A:

Brayhan Alexander Pulido Comas
C.C. 1013673057

LA SUMA DE:
DOS MILLONES SEISCIENTOS SIETE MIL TRESCIENTOS OCHENTA Y CUATRO PESOS M/CTE

$ 2.607.384

Por concepto de:

- Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del **contrato No PS 5465 - 2023** *correspondiente del 1 al 30 de abril de 2024.*

OBJETO:

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERO 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: **Brayhan Alexander Pulido Comas**
C.C. **1013673057**
Teléfono: **3222796606** Dirección: **KR 36 64 15 SUR**
No Cuenta: **24119781090 ahorros**
Banco: **Caja social.**
Fecha: 30/Abril/2024

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1013673057
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			BRAYHAN ALEXANDER PULIDO COMAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CRA 36 64 15 SUR	TELÉFONO:	7777777
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de atención de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7924106535**	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES		
PERIODO COTIZACIÓN	MES: marzo	PERIODO COTIZACIÓN	MES: marzo		
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2024	SALUD:	AÑO: 2024		
DÍAS DE MORA:	13				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/04/25	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	597053956		

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

Planilla Pagada

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800224808	230301	230301-PORVENIR	1	$ 237.800
		SUBTOTAL:	1	**$ 237.800**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800130907	EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1	$ 185.900
		SUBTOTAL:	1	**$ 185.900**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
890903790	14-11	14-11 - ARL SURA	1	$ 36.300
		SUBTOTAL:	1	**$ 36.300**

VALOR SIN MORA:	**$ 454.900**
VALOR MORA:	**$ 5.100**
TOTAL PAGADO:	**$ 460.000**