

Secretaría de Salud
Subsecretaría de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
APOYO - GESTION DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMALIZACION Y CUENTA DE CORRIENTE

CÓDIGO: AP1A-FT-414
VERSIÓN: 02
FECHA: 2020-05-04

I. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

Nº. CONTRATO: OPN 15.7798.2021 C.D.P. Nº. 107 Proceso al que pertenece: ATENCION MEDICA DOMICILIARIA - NO COVID
Cuidado a la que pertenece: EMERG. SAN BLAS

Nombre del Contratista: LEYDI JOHANNA ALVAREZ GOMEZ C.C. 1.072.168.719 de GUAYABAL DE SIQUIMA

Fecha Inicio: 2021-02-26 Fecha Terminación: 2021-02-28 Valor Mensual: \$ 2.586.324 Valor a cobrar: \$ 2.586.324

ADICIÓN OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	Nº CTA	MES DE CUENTA DE CORRIENTE	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	\$ 1.031.694	643	2021-02-01	2021-03-31	1	FEBRERO	\$ 0		
2					2	MARZO	\$ 2.586.324	\$ 0	
3					3				
4					4				
5					5				
6					6				
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				
21					21				
22					22				

Resumen de contrato: VALOR INICIAL DEL CONTRATO \$ 1.031.694 VALOR TOTAL DEL CONTRATO \$ 1.031.694 PAGOS REALIZADOS \$ 2.586.324 SALDO DEL CONTRATO \$ 497.376

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

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS DE ASESORIA A SU PERFIL ACADÉMICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES DE SU PROFESIÓN, CON DISPONIBILIDAD EN CUMPLIMIENTO DE LAMINAR Y LA VISIÓN DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Relación de actividades para el periodo: Desde: 2021-02-26 Hasta: 2021-03-31

ORIGENES ESPECÍFICAS (con símbolo en blanco)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERÍODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Realizar las actividades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos, así como la supervisión e intervención sobre las redes de apoyo determinadas dentro del plan de manejo de su disciplina, con alta nivel científico, ético y humano, de una oportuna y permanente, el uso del conocimiento científico de su disciplina y de los recursos disponibles.	SI	
2	Realizar una atención en salud basando los mejores estándares de oportunidad, integralidad, suficiencia, continuidad y pertinencia, en un ambiente de atención personalizada y humanizada, con respeto al principio de equidad y con equidad en actividades, procedimientos, protocolos intervenciones y guías de atención, de acuerdo a los estándares de habilitación y acreditación.	SI	
3	Prestar sus servicios asistiendo respetando la autonomía institucional de la SUBRED, su visión, misión, estructura organizacional, reglamentos administrativos, técnicos, científicos y disciplinarios, acatando las directrices institucionales.	NO APLICA	
4	Realizar las actividades según las necesidades de la red, dando cobertura en todas las unidades en donde se oferta el servicio y sus repartos.	SI	
5	Informar al paciente y su familia sobre la condición clínica, plan de manejo, atención y recomendaciones de egreso, conocer al grado de satisfacción sobre los servicios prestados y resolver inquietudes relacionadas con el proceso de atención al paciente y su familia.	NO APLICA	
6	Llevar registro de las actividades, procedimientos e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la institución y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos control y facturación.	NO APLICA	
7	Respetar los derechos del paciente, cumplir el código de ética y las disposiciones legales pertinentes propias de los servicios en donde se presta la atención.	NO APLICA	
8	Respetar el seguimiento y control a pacientes en los que se registra su participación e seguir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados.	SI	
9	Realizar conceptos pre-requisitos que se le requieran, realizar resúmenes de historia clínica, u otros documentos institucionales o substitutivos que sean requeridos.	SI	
10	Elaborar en forma completa, oportuna, sistemática y legible.	NO APLICA	
11	Garantizar la debida reserva de la información del paciente y de los registros clínicos.	NO APLICA	
12	Garantizar la integridad y adecuado funcionamiento de los equipos, elementos e instalaciones, así como la utilización racional de los recursos que la Subred aporte al desarrollo de las actividades controladas y responder por su reposición o reparación cuando los daños se ocasionen por negligencia o mala conducta de los mismos.	NO APLICA	
13	Reportar al área de recursos físicos - activos fijos de la Subred, los equipos de propiedad del contratista, que se otorgan a las actividades asistenciales.	NO APLICA	
14	Participar activamente en el desarrollo, implementación y cumplimiento de las políticas institucionales, sistema integrado de gestión, acreditación, seguridad del paciente y demás actividades contempladas dentro del sistema integral de gestión de la salud.	NO APLICA	
15	Participar en la programación de actividades del servicio.	NO APLICA	
16	Participar en la elaboración, actualización, implementación y adherencia de guías, manuales, procedimientos y protocolos que apliquen al servicio.	NO APLICA	
17	Apoyar a la Subred en las actividades que demanden según requerimientos institucionales y extra institucionales.	NO APLICA	
18	Participar en la elaboración de respuestas a reclamaciones y reportes de quejas que se presenten en desarrollo de la atención que se otorga a los usuarios o pacientes que demandan el servicio.	NO APLICA	
19	Realizar intervenciones psicológicas de paciente y/o familia según se requiera.	SI	
20	Realizar las actividades para el desarrollo de atención domiciliar, derivación del servicio.	NO APLICA	
21	Utilizar los elementos de protección necesarios.	SI	
22	Desarrollar las actividades de supervisión de los contratos cuando estas sean asignadas.	NO APLICA	

Observaciones:

Se anexa certificación de pago a Salud, pensiones y ARL.
En caso de tener contrato nuevo se debe anexar también la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro.

C.C. 1.072.168.719 de GUAYABAL DE SIQUIMA

Leydi Alvarez
Firma del Contratista

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS

NOMBRE:	JAIR EDUARDO TORRES CASTAÑEDA
CARGO:	EFECTUANTE AMO
FIRMA:	<i>J. Torres</i>

SCOTIABANK COLPATRIA S.A.
NIT. 860.034.594-1

CERTIFICA QUE:

La cuenta de ahorros No. 4722024930 , con fecha de apertura 15 de Julio de 2020 , de la cual es titular:

El (la) señor(a): LEYDI JOHANNA ALVAREZ GOMEZ
Identificado(a) con tipo de documento C No. 1.072.168.719

La cuenta en mención ha sido manejada de acuerdo a las normas establecidas por la entidad.

Damos esta información con la acostumbrada reserva bancaria.

La presente se expide a solicitud del interesado a los 18 días del mes de Marzo de 2021 .

Cordialmente,

Nury Luis Montaña
Gerencia Relación con Clientes



