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 INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CÓDIGO: AP-IÀ-FT-014
VERSIÓN: 02
FECHA: 2020-05-04

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 5588 2020	**C.D.P. No.:**	2887	**Proceso al que pertenece:**	PROGRAMA ATENCION DOMICILIARIA
				Unidad a la que pertenece:	UMHES SANTA CLARA

Nombre del Contratista:	DIANA MARCELA GAMBA HERNANDEZ		**C.C.**	1.098.661.787	**de:**	BOGOTA	
Fecha Inicio:	2020-09-09	**Fecha Terminación incial:**	2020-01-26	**Valor Mensual:**	$ 3.481.590	**Valor a cobrar:**	$ 3.481.590

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 3.784.730	4122	2020-12-09	2020-12-31
2	$ 5.708.449	217	2021-01-22	2021-02-28
3	$ 4.476.330	631	2021-02-24	2021-03-31
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	SEPTIEMBRE	$ 5.940.000	$ 781.800	9410662443
2	OCTUBRE	$ 3.481.590	$ 418.400	9413062201
3	NOVIEMBRE	$ 3.481.590	$ 457.600	9413790579
4	DICIEMBRE	$ 3.344.240	$ 434.200	9415370723
5	ENERO	$ 3.796.591	$ 457.600	9413790579
6	ENERO	$ 663.160	$ 457.600	9413790579
7	FEBRERO	$ 4.459.751	$ 466.000	9416258635
8	MARZO	$ 3.481.590	$ 513.800	9417389922
9				
10				
11				
12				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 16.247.420	$ 30.216.929	$ 20.703.830	$ 9.513.099

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SUS SERVICIOS PERSONALES Y PROFESIONALES, EN SU CONDICIÓN DE ENFERMERO (A) JEFE PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES Y DEMÁS ASIGNADAS, CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2021-03-01 **Hasta:** 2021-03-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Ejecutar procedimientos y cuidados a los pacientes que por su estado de salud así lo requieran	Apoyo a contingencia de la pandemia por covid	formato de seguimiento de pacientes con soportes de inscripcion al sidcrue fichas de modificacion
2	Realizar plan de cuidado diario de enfermería de acuerdo al diagnóstico y necesidades identificadas.	Apoyo a contingencia de la pandemia por covid	formato de seguimiento de pacientes con soportes de inscripcion al sidcrue fichas de modificacion
3	Verificar y aplicar medidas preventivas de acciones inseguras e identificando riesgos, gestionando la seguridad del paciente.	Apoyo a contingencia de la pandemia por covid	formato de seguimiento de pacientes con soportes de inscripcion al sidcrue fichas de modificacion
4	Administrar y verificar el cuidado directo a los pacientes de acuerdo a los protocolos y guías establecidas del servicio utilizando técnicas asepsia y antisepsia y normas de bioseguridad.	Apoyo a contingencia de la pandemia por covid	formato de seguimiento de pacientes con soportes de inscripcion al sidcrue fichas de modificacion
5	Comprobar el cumplimiento de las actividades del personal auxiliar de enfermería y camilleros mediante observación directa e verificando la realización de procedimientos y revisando registros de enfermería.	Apoyo a contingencia de la pandemia por covid	formato de seguimiento de pacientes con soportes de inscripcion al sidcrue fichas de modificacion
6	Realizar actualización del Kardex y tarjetas de medicamentos de acuerdo con las normas establecidas, en forma escrita y cada vez que se requiera el cambio en el tratamiento del paciente.	Apoyo a contingencia de la pandemia por covid	formato de seguimiento de pacientes con soportes de inscripcion al sidcrue fichas de modificacion
7	Administrar y registrar en sistema de información los medicamentos oportunamente, de acuerdo con las técnicas de asepsia y antisepsia, normas de bioseguridad, protocolo de administración de medicamentos y a los correctos para la administración de medicamentos, reportar a médico tratante y referentes las novedades en los mismos para su correspondiente reajuste de tratamiento.	Apoyo a contingencia de la pandemia por covid	formato de seguimiento de pacientes con soportes de inscripcion al sidcrue fichas de modificacion
8	Controlar los suministros y existencias de insumos y medicamentos de los pacientes del servicio.	Apoyo a contingencia de la pandemia por covid	formato de seguimiento de pacientes con soportes de inscripcion al sidcrue fichas de modificacion
9	Realizar las devoluciones al servicio de farmacia de los medicamentos e insumos por pacientes antes del egreso y diariamente cuando así lo amerite.	Apoyo a contingencia de la pandemia por covid	formato de seguimiento de pacientes con soportes de inscripcion al sidcrue fichas de modificacion
10	Realizar los pedidos de elementos e insumos para su respectivo servicio necesarios para los pacientes, tramitando ante el área que los provee, en el formato correspondiente y en las fechas establecidas	Apoyo a contingencia de la pandemia por covid	formato de seguimiento de pacientes con soportes de inscripcion al sidcrue fichas de modificacion

11	.Mantener comunicacion permanente y activa con el equipo de atencion domiciliaria frente a la situacion en salud de los pacientes referenciados en el convenio	Apoyo a contingencia de la pandemia por covid	formato de seguimiento de pacientes con soportes de inscripcion al sidcrue fichas de modificacion
12	Participar en forma activa en la revista médica diaria dando sus aportes según el caso.	Apoyo a contingencia de la pandemia por covid	formato de seguimiento de pacientes con soportes de inscripcion al sidcrue fichas de modificacion
13	Revisar diariamente que los venoequipos, drenajes, buretroles y demás elementos invasivos del paciente que se manejen según protocolo y se lleven los registros correspondientes correctamente.	Apoyo a contingencia de la pandemia por covid	formato de seguimiento de pacientes con soportes de inscripcion al sidcrue fichas de modificacion
14	Realizar la asignación de los pacientes a cada auxiliar de acuerdo al número de pacientes, complejidad y de acuerdo a las necesidades del servicio.	Apoyo a contingencia de la pandemia por covid	formato de seguimiento de pacientes con soportes de inscripcion al sidcrue fichas de modificacion
15	Participar activamente en el sistema de vigilancia epidemiológica mediante la notificación oportuna de informes de los casos o posibles brotes infecciosos para toma de conductas que prevengan la presencia o proliferación de infecciones en los servicios.	Apoyo a contingencia de la pandemia por covid	formato de seguimiento de pacientes con soportes de inscripcion al sidcrue fichas de modificacion
16	Gestionar las actividades, procedimientos y demás, del servicio aplicando las medidas que garanticen la calidad del servicio.	Apoyo a contingencia de la pandemia por covid	formato de seguimiento de pacientes con soportes de inscripcion al sidcrue fichas de modificacion
17	Responder por los inventarios conservación y uso adecuado de los equipos, elementos e insumos, al igual que el cuidado de la infraestructura del servicio y/o área donde se encuentre desarrollando las actividades.	Apoyo a contingencia de la pandemia por covid	formato de seguimiento de pacientes con soportes de inscripcion al sidcrue fichas de modificacion
18	Realizar la asignación oportuna de camas para los pacientes que lo requieran, realizando los traslados necesarios para tal fin tanto de los pacientes como en el sistema de información.	Apoyo a contingencia de la pandemia por covid	formato de seguimiento de pacientes con soportes de inscripcion al sidcrue fichas de modificacion
19	Participar en el recibo y entrega de turno de forma cumplida, oportuna, reportando las novedades presentadas por cada paciente asignado y novedades en equipos e insumos del servicio.	Apoyo a contingencia de la pandemia por covid	formato de seguimiento de pacientes con soportes de inscripcion al sidcrue fichas de modificacion
20	Asistir a las reuniones de grupo funcional y capacitaciones programadas por la institución.	Apoyo a contingencia de la pandemia por covid	formato de seguimiento de pacientes con soportes de inscripcion al sidcrue fichas de modificacion
21	Tramitar de forma oportuna exámenes de laboratorio, de radiologia, exámenes especiales y remisiones que requieran los pacientes a cargo.	Apoyo a contingencia de la pandemia por covid	formato de seguimiento de pacientes con soportes de inscripcion al sidcrue fichas de modificacion
22	Dar cumplimiento a la resolución 1995 del 1999 y al manual de manejo de Historia Clinica establecido en la institución, y demás normas afines al manejo de historia clinica	Apoyo a contingencia de la pandemia por covid	formato de seguimiento de pacientes con soportes de inscripcion al sidcrue fichas de modificacion
23	Aplicar, acatar y cumplir con los procesos, procedimientos, guías y demás normas definidos por la Institución.	Apoyo a contingencia de la pandemia por covid	formato de seguimiento de pacientes con soportes de inscripcion al sidcrue fichas de modificacion
24	Portar el uniforme blanco de forma adecuada teniendo en cuenta las normas de presentación personal establecidas por la Institución.	Apoyo a contingencia de la pandemia por covid	formato de seguimiento de pacientes con soportes de inscripcion al sidcrue fichas de modificacion
25	Notificar inmediatamente las acciones inseguras ocurridas a sus pacientes al médico de turno y en el aplicativo dispuesto para ello.	Apoyo a contingencia de la pandemia por covid	formato de seguimiento de pacientes con soportes de inscripcion al sidcrue fichas de modificacion
26	Ofrecer trato con calidez y calidad al paciente y la familia, dando una atención humanizada conservando el respeto por la dignidad humana	Apoyo a contingencia de la pandemia por covid	formato de seguimiento de pacientes con soportes de inscripcion al sidcrue fichas de modificacion
27	Impartir educación al paciente y a la familia sobre los cuidados especificos a tener en casa de acuerdo a la situación clinica del paciente.	Apoyo a contingencia de la pandemia por covid	formato de seguimiento de pacientes con soportes de inscripcion al sidcrue fichas de modificacion
28	Participar activamente en el desarrollo de las actividades de acreditación y aplicación de las politicas Institucionales.	Apoyo a contingencia de la pandemia por covid	formato de seguimiento de pacientes con soportes de inscripcion al sidcrue fichas de modificacion
29	Elaborar y participar en el desarrollo de los procesos y procedimientos que sean solicitados por el supervisor del contrato.	Apoyo a contingencia de la pandemia por covid	formato de seguimiento de pacientes con soportes de inscripcion al sidcrue fichas de modificacion
30	Realizar las actividades para el desarrollo de estrategias de Atencion Domiciliaria - Hospitalizacion domiciliaria.	Apoyo a contingencia de la pandemia por covid	formato de seguimiento de pacientes con soportes de inscripcion al sidcrue fichas de modificacion

Observaciones:
Horas Certificadas: 210

Dana Gamba
Firma del Contratista

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

C.C. 1.098.661.787 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	LORENZA BECERRA CAMARGO
CARGO:	DIRECTORA GESTION DEL RIESGO
FIRMA	

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1098661787		GAMBA HERNANDEZ DIANA MARCELA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 61 N 15-24	BOGOTA-BOGOTA D.E.	1234567	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-02	2021-02	919839723	9417389922	I	2021/03/18	2021/03/11	BANCOLOMBIA	0	$513,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,660,376	$265,700			$1,660,376	$207,600			$0	$0			$1,660,376	$40,500		$0	$0		$513,800
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,660,376	$265,700			$1,660,376	$207,600			$0	$0			$1,660,376	$40,500		$0	$0		$513,800
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																						$1,660,376	$265,700			$1,660,376	$207,600			$0	$0			$1,660,376	$40,500		$0	$0		$513,800
1	CC	1098661787	GAMBA DIANA								X									230301	30	$1,660,376	$265,700	EPS005	30	$1,660,376	$207,600		0	$0	$0	14-11	30	$1,660,376	$40,500	0	$0	$0	No	$513,800
Total	**Afiliados(1)**																					$1,660,376	$265,700			$1,660,376	$207,600			$0	$0			$1,660,376	$40,500		$0	$0		$513,800

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1098661787		GAMBA HERNANDEZ DIANA MARCELA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 61 N 15-24	BOGOTA-BOGOTA D.E.	1234567	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-02	2021-02	919839723	9417389922	I	2021/03/18	2021/03/11	BANCOLOMBIA	0	$513,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$265,700	$0	$0	$265,700
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$265,700	$0	$0	$265,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$40,500	$0	$0	$40,500
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$40,500	$0	$0	$40,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$207,600	$0	$0	$207,600
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$207,600	$0	$0	$207,600
TOTAL				**1**	**$513,800**	**$0**	**$0**	**$513,800**

DIAN
POR UNA COLOMBIA MAS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 01 Inscripción

4. Número de formulario 14690848206

(415)7707212489984(8020) 000001469084820 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1098661787	0	Impuestos de Bogotá 32	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 13	1098661787	20061122

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	169	Santander 68	Bucaramanga 001

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
GAMBA	HERNANDEZ	DIANA	MARCELA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 169	Bogotá D.C. 11	Bogotá, D.C. 001

41. Dirección principal: CL 61 # 15 - 24

42. Correo electrónico: dgamba87@uan.edu.co

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3003380381	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8699	20200308						

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código 47																									

47 - Régimen Simple de Tributación - SIM

Obligados aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código									

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2021 - 03 - 19

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre GAMBA HERNANDEZ DIANA MARCELA
985. Cargo Contribuyente

Fecha generación documento PDF: 20-03-2021 08:37:50PM

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

CUENTA DE COBRO No. 1 Marzo de 2021

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD
CENTRO ORIENTE E.S.E.
Nit. 900.959.051.7

DEBE A:

Nombre: DIANA MARCELA GAMBA HERNANDEZ

C.C. No. 1098661787

La suma de: $ 3.481.590

Total Horas: 210 Horas

Por concepto de:

- Honorarios por Prestación de Servicios en cumplimiento del Contrato No. PS 5588 2020, correspondiente del 1 al 31 de Marzo 2021.

Objeto: Prestar Servicios De Acuerdo A Su Perfil Académico Para Desarrollar Actividades (Enfermera), Con Disponibilidad En Cumplimiento De La Misión Y La Visión De La Subred Integrada De Servicios De Salud Centro Oriente E.S.E.

Cordialmente,

Diana Gamba Hernandez

C.C. No. **1098661787**
Teléfono: 3003380381