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-IA-FT-014
VERSIÓN: 02
FECHA: 2020-05-04

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 4046 2021	C.D.P. No.:	581	Proceso al que pertenece:	DIRECCION GESTION INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD
				Unidad a la que pertenece:	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

Nombre del Contratista: MARTIN ARMANDO GUTIERREZ RODRIGUEZ C.C. 79.987.243 de: BOGOTÁ

Fecha Inicio: 2021-02-22 Fecha Terminación inicial: 2021-03-31 Valor Mensual: $ 2.064.000 Valor a cobrar: $ 481.600

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	FEBRERO	$ 481.600	NO APLICA	NO APLICA
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				

Resumen de contrato	VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
	$ 2.752.000	$ 2.752.000	$ 481.600	$ 2.270.400

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS DE ACUERDO A SU PERFIL ACADEMICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES (DE SU PROFESIÒN), CON DISPONIBILIDAD EN CUMPLIMIENTO DE LA MISIÒN Y LA VISIÒN DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Relación de actividades para el periodo: Desde: 2021-02-22 Hasta: 2021-02-28

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1. Utilizar las medidas y elementos de protección personal.	Se utilizan elementos de protección personal para el desarrollo diario de las actividades programadas en las jornadas de vacunación. Elementos compuestos por monogafas, bata, cofia, tapabocas y guantes. Adicionalmente se hace el lavado de manos y uso de gel antibacterial de manera regular.	Formato de entrega de elementos de protección personal
2	Realizar el alistamiento de los biológicos, insumos y elementos, para el proceso de vacunación diaria.	se da cumplimientom segun protocolo para insumos y elementos	formato de elementos de proteccion personal
3	Explicar el proceso de aplicación del biológico al usuario y dar recomendaciones en los cuidados post vacunales.	Se da cumplimiento explicación de la información y orientación a los usuarios, por medio de socializaciones permanentes durante las etapas del proceso de vacunación.	Concentimiento firmado por cada usuario.
4	Realizar la aplicación del biológico cumpliendo los lineamientos de vacunación segura.	se da cumplimiento segun lineañientos y se garantiza una vacunacion segura	formato destinado del dia
5	Reiterar al usuario su permanencia en la sala de espera el tiempo que se le indique según el biológico.	Se da cumplimiento por medio de sensibilización informativa de la importancia de la pennanencia en la sala de espera por un determinado tiempo según se requiera a cada usuario que ingresa.	Acompañamiento y verificación de la permanencia del usuario el tiempo determinado
6	Realizar monitoreo de temperatura de los biológicos.	se da cumplimiento segun protocolo de tremperaturas	formato destinado del dia
7	Mantener el movimiento de biológico actualizado.	se realiza procedimiento requerido en esta actividad	formato destinado del dia
8	Cumplir con el cronograma de limpieza y desinfección de las neveras, termos, cavas entre otros.	Se da cumplimiento po rmedio del tratamiento y desifección de los termos utlizados durante la jornada del dia.	Formato de limpieza y desinfección
9	En la segunda dosis de vacuna (si aplica), indagar al usuario si presentó algún ESAVI. Si cumple con criterios de ESAVI-grave notificar según el Protocolo Nacional de ESAVI-298 del INS. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.	se brinda educacion e informacion al usuario segun lineamientois establecidos para garantizar una vacunacion segura	formato destinado del dia

Observaciones: Creacion de base para retroalimentacion por parte de ambulatorios

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

Firma del Contratista

C.C. 79.987.243 de BOGOTÁ

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

8020 L.T.V.