Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTION DE TESORERIA Y CUENTAS DE COBRO
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CODIGO: AP-TS-FT-014
VERSION: 02
FECHA: 2020-09-04

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 2218 2021	C.D.P. No.:	201	Proceso al que pertenece:	DIRECCION DE COMPLEMENTARIOS
				Unidad a la que pertenece:	UMHES SANTA CLARA
Nombre del Contratista:	ANA CAROLINA GUERRA JIMENEZ			C.C.	52.772.838 de: BOGOTA
Fecha Inicio:	01/04/2021	Fecha Terminación Inicial:	30/04/2021	Valor Mensual:	$ 3.213.000 Valor a cobrar: $ 3.213.000

ADICION/ OTRO SI	VALOR ADICION	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
1	$ 3.132.000	431	13/05/2021	02/07/2021
2	$ 4.794.000	1213	13/07/2021	15/09/2021
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NUMERO DE PLANILLA
1	FEBRERO	$ 3.213.000	$ 397.800	77821179[illegible]
1	MARZO	$ 3.213.000	$ 397.800	77821179[illegible]
1	ABRIL	$ 3.213.000	$ 397.800	77821179[illegible]
1	MAYO	$ 3.213.000	$ 397.800	77821179[illegible]
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 6.528.000	$14.454.000	$ 12.851.000	$ 1.631.000

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO DE MANERA PERSONAL Y AUTÓNOMA, EN SU CONDICIÓN DE TERAPEUTA FISICA, PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LOS DIFERENTES SERVICIOS CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Relación de actividades para el periodo: Desde: 2021-05-01 Hasta: 2021-05-31

	OBLIGACIONES ESPECIFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCION DEL DESARROLLO ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACION	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1. Realizar las actividades (Diagnósticas y terapéuticas para el manejo de patologías establecidas dentro del plan integral de cada paciente	Se realizan actividades tales como toma de gases arteriales, toma de muestras respiratorias, de acuerdo a orden médica	Se realiza reporte de resultados de gases arteriales, libro de registro de muestras respiratorias
2	2. Realizar evaluaciones e intervención a usuarios con alteraciones en el desarrollo psicomotor, y pacientes que presentan deficiencia en su sistema osteomuscular y neurológico	Se realizan interconsultas ordenadas a los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intermedios. Se realizan acciones propias en el servicio de sala Erx	Una historia clínica y un Formato de solicitud con sus respectivos seguimientos
3	3. Realizar las caracterizaciones de los pacientes interconsultados de los diferentes servicios	Se acoge a los derechos establecidos	Se cumplen los protocolos
4	4. Realizar tratamiento y seguimiento a los pacientes valorados	Se atienden llamados de los diferentes servicios de la UFSS San Blas para realizar actividades de interconsulta	Se realiza registro en historia clínica y solicitud de seguimiento
5	5. Dar pautas de manejo a los cuidadores y/o familiares de los pacientes valorados	Se brinda educación y asesoría en promoción y prevención a los cuidadores en entrenamiento respiratorio	Registro en historia clínica y solicitud de seguimiento
6	6. Realizar la ejecución del plan individual de habilitación / rehabilitación, en relación a las actividades individuales y/o grupales definidas para el usuario ambulatorio y hospitalizado y de acuerdo a las características del servicio	Se elaboran informes de actividades realizadas durante el mes y se entrega a la supervisora de contrato	En el sistema Geosalud y en los libros de registro
7	7. Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes	Se diligencia documento de historia clínica manteniendo la confidencialidad y ética durante el manejo de esta	Registro de entrega de electrodos en periodicidad para uso de manera individual y registro de seguimiento
8	8. Informar al usuario, su familia o cuidador las actividades que debe seguir, al inicio de su proceso de habilitación/rehabilitación motora y cardiaca posterior a la ejecución del plan de intervención y su egreso	Seguimiento y estado de salud de pacientes telefónico	Seguimientos a las 48 horas y a los 7 días
9	9. Llevar registro de la atención de las actividades e intervenciones de cada usuario atendido en los informes estadísticos definidos por la normatividad vigente y hacer soportar registros necesarios para el reconocimiento de los procesos de riesgo y facturación.	Se realiza evaluación de cada paciente e intervención realizada al paciente para su posterior formato	En archivo digitalizado
10	10. Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente	Se diligencia documento de historia clínica manteniendo la confidencialidad y ética durante el manejo de esta	Registro en historia clínica
11	11. Direccionar a/o asignar plan casero o actividades para realizar en casa a los pacientes que lo requieren y que han sido atendidos	Se diligencia documento de historia clínica manteniendo la confidencialidad y ética durante el manejo de esta	Registro en historia clínica
12	12. Notificar los eventos de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio	Adecuación uso de elementos y dispositivos usados en el tratamiento de los pacientes	Reporte aperturas a tarea rectangula
13	13. Velar por el seguimiento de las normas de bioseguridad, salud ocupacional y gestión ambiental.	En caso de portar equipos apoyo a la institución.	Reporte aperturas a tarea rectangula
14	14. Velar porque la atención sea humana, eficaz, cálida con todos y cada uno de los usuarios que requieran el servicio	Leer los lineamientos de la institución, conocer la institución	A través de la página web y encuesta
15	15. Portar el carnet institucional de la SUBRED durante la ejecución de las actividades contractuales	Asistir a reuniones, capacitaciones	Con firma de asistencia
16	17. Prestar el servicio de conformidad con la programación de agenda acordada con el supervisor del contrato, para el desarrollo de sus actividades	Asistir a reuniones, capacitaciones	Con firma de asistencia
17	18. Velar por el cuidado de los equipos que le utilicen en los procedimientos.	Leer los lineamientos de la institución, conocer la institución	A través de la página web y encuesta
18	0	Actuar y proceder de acuerdo a lo estipulado por la institución con respecto apertura	No aplica
19	0	0	0
20	0	0	0
21	0	0	0
22	0	0	0
23	0	0	0
24	0	0	0



Cuenta de cobro 08 – 2021

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

Nit. 900.959.051-7

DEBE A: Ana Paulina Sosa Jimenez

C.C. No. 52.343.975

LA SUMA DE: Tres millones doscientos mil $ 3.200.000

Por concepto de:

- Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No. PS 2280 de 2021, correspondiente al mes de Mayo de 2021.

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS DE ACUERDO A SU PERFIL ACADEMICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES DE SU PROFESION, CON DISPONIBILIDAD EN CUMPLIMIENTO DE LA MISION Y LA VISION DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Cordialmente,

(ACEPTADA SUSCRIBA)

C.C. No. 52 343 975

Teléfono: 3

Dirección: Cra 15 # 48 A 28 Sur

Cuenta de Ahorros No. 102-18824-0 **Banco de:** Bogotá

Fecha: Mayo 13 2021

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	52717838
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL		ANA CAROLINA GUTIERREZ JIMENEZ
DEPARTAMENTO(A)	BOGOTA DISTRITO CAPITAL DEPARTAMENTO	BOGOTA - D.C. DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN	CARRERA 83B 146G CASA 181 TELÉFONO	3203203
TIPO APORTANTE	02-INDEPENDIENTE CLASE APORTANTE	INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA	PRIVADA ACTIVIDAD ECONÓMICA	ACTIVIDADES INMOBILIARIAS
FORMA DE PRESENTACIÓN	UNICO	
IMPORTANTE DIADERADO PAGO APORTES SALUD, ARIM Y ICBF (RETORNA TRIBUTARIA)		NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA	77872955448		FECHA DE PLANILLA	INDEPENDIENTES	
PERIODO COTIZACIÓN	MES	ABRIL	PERIODO COTIZACIÓN	MES	ABRIL
OTROS SUBSISTEMAS	AÑO	2021	SALUD	AÑO	2021
DÍAS DE MORA		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd)		2021-04-14	NÚMERO AUTORIZACIÓN		340497245

LIQUIDACIÓN GENERAL			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800224808	230301	COLPENSIONES	1	$ 205,700
SUBTOTAL:			1	$ 205,700
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
830003564	EPS016	EPS SURA COMERCIAL S.A.	1	$ 160,700
SUBTOTAL:			1	$ 160,700
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011509	14-7	14-7 SEGUROS RIESGOS LABORALES	1	$ 31,400
SUBTOTAL:			1	$ 31,400

TOTAL PAGADO:	$ 397,800