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

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: PS 2218 2021 **C.D.P. No.:** 301 **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: FEBRERO 11 DE 2021 **Fecha Terminación incial:** MARZO 31 DE 2021 **Valor Mensual:** $ 3.213.000 **Valor a cobrar:** $ 3.213.000

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 3.162.000	822	15/03/2021	30/04/2021
2	$ 4.794.000	1219	15/04/2021	15/06/2021
3	$ 6.528.000	1737	16/06/2021	15/08/2021
0				
0				
0				
0				
0				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	FEBRERO	$ 3.213.000	$ 398.800	7781203490
2	MARZO	$ 3.213.000	$ 397.800	7781205531
3	ABRIL	$ 3.213.000	$ 397.800	7784217174
4	MAYO	$ 3.213.000	$ 397.800	7787285544
5	JUNIO	$ 2.907.000	$ 397.800	7790868772
5	JULIO	$ 3.213.000	$ 397.800	1101806092
0				
0				
0				
0				
0				
0				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 6.528.000	$21.012.000	$ 18.972.000	$ 2.040.000

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:** 2021-07-01 **Hasta:** 2021-07-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1. Realizar las actividades diagnósticas y terapéuticas para el manejo de patologías establecidos 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 micronebulizaciones ordenadas a los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intermedios. Se realizan acciones propias en el servicio de Sala Era.	En historia clínica y en formato de sala era con sus respectivos seguimientos
3	3. Realizar las valoraciones de los pacientes interconsultados de los diferentes servicios	Se acoge a las directices institucionales.	Se respetan los protocolos
4	4. Realizar tratamiento y seguimiento a los pacientes valorados	Se atiende llamados de los diferentes servicios de la UPSS San Blas para realizar actividades de interconsulta.	Se cubren turnos en otra uss de acuerdo a requerimiento
5	5. Dar pautas de manejo a las madres y/o familiares de los pacientes valorados	Se brinda educación y asesoria en promoción y prevención a los cuidadores en enfermedades respiratorias.	Registro en historia clinica y entrega de folletos
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 u 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 dinámica 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 clinica enfatizando la confidencialidad y ética durante el manejo de esta.	Registro de entrega de elementos de protección personal y de insumos para muestras respiratorias
8	8. Informar al usuario, su familia o cuidador las actividades que debe seguir, al inicio de su proceso de habilitación/rehabilitación muscular y cardiaca posterior a la ejecución del plan de intervención o su egreso	Seguimiento a estado de salud de pacientes sala era,	Seguimientos a las 48 horas y a los 7 dias
9	9. Llevar registro de la atención de las actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la normatividad vigente y todos aquellos registros necesarios para el	Se realiza evolución de todo procedimiento o tratamiento realizado al paciente para su posterior revisión	En sistema dinamica
10	10. Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente	Se diligencia documento de historia clínica enfatizando la confidencialidad y ética durante el manejo de esta.	Registro en historia clinica
11	11. Direccionar y/o asignar plan casero o actividades para realizar en casa a los pacientes que lo requieran y que han sido atendidos.	Se diligencia documento de historia clínica enfatizando la confidencialidad y ética durante el manejo de esta.	Registro en historia clinica
12	12. Notificar los sucesos 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	Adecuado uso de elementos y dispositivos medicos en el tratamiento de los pacientes.	Reporte oportuno a área encargada
13	13. Velar por el seguimiento de las normas de bioseguridad, salud ocupacional y gestión ambiental.	En caso de portar equipos ajenos a la institución.	Reporte oportuno a área encargada
14	14.Velar porque la atención sea humana, eficaz, cálida con todos y cada uno de los usuarios que requieran el servicio.	Leer los formatos de la institución, conocer la institución	A través de la pagina web y almera
15	16. 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 se utilicen en los procedimientos.	Leer los formatos de la institución, conocer la institución	A través de la pagina web y almera
18	0	Actuar y proceder de acuerdo a lo estipulado por la institución con respuesta oportuna	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

25	0	0	0
26	0	0	0
27	0	0	0
28	0	0	0

OBSERVACIONES:

HORAS 189

CAROLINA GUERRA J.

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. 52.772.838 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	MARTHA LUCIA OQUENDO OSPINA
CARGO:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO AREA DE LA SALUD
FIRMA	

A.C.

Cuenta de cobro 05 JULIO - 2021

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

Nit. 900.959.051-7

DEBE A:

Ana Carolina Guerra Jimenez

C.C. No. 52.772.838 de Bogotá

LA SUMA DE:

$ 3.213.000=

Por concepto de:

- Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No. PS 2218 de 2021, correspondiente al mes de JULIO de 2021

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS DE ACUERDO A SU PERFIL ACADÉMICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES (DE SU PROFESIÓN), CON DISPONIBILIDAD EN CUMPLIMIENTO DE LA MISIÓN Y LA VISIÓN DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Cordialmente,

Ana Carolina Guerra Jimenez

NOMBRE

C.C. No. 52 772 838 De : Bogotá

Teléfono: 3106663675 Dirección: Cra 81B #6B-85

No. Cuenta : 162584240 Ahorros: Banco de Bogotá

Fecha: Julio /2021

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	52772838
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			ANA CAROLINA GUERRA JIMENEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CARRERA 81B 6-885 CASA 193	TELÉFONO:	3282828
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	1101806092		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES junio AÑO 2021		PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES junio AÑO	2021
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2021/07/14		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9995936375

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 205.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 205.700	$ 0	$ 205.700
SUBTOTALES:										$ 205.700	$ 0	$ 205.700

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS016	EPS016-COOMEVA S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 160.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 160.700	$ 0	$ 0	$ 160.700
SUBTOTALES:													$ 160.700	$ 0	$ 0	$ 160.700

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-7	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 31.400	$ 31.400	$ 0	$ 0	$ 31.400
SUBTOTALES:									$ 31.400	$ 0	$ 0	$ 31.400

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																			SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES									
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	RP	PENSIÓN								SALUD						ARP							CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU	
																											ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 52772838	GUERRA JIMENEZ ANA CAROLINA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE		$ 1.285.200				NO																		230301-PORVENIR	30	$ 1.285.200	$ 205.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 205.700	EPS016-COOMEVA S.A.	30	$ 1.285.200	$ 160.700	$ 0	$ 160.700	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	30	$ 1.285.200	$ 52772838	$ 31.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 397.800

CTO 2218

H. 180 ($ 3.213.000)

Planilla Pagada