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: 2020-05-01

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 2833 2021	C.D.P. No.:	302	Proceso al que pertenece:	QUIRURGICOS
				Unidad a la que pertenece:	VICTORIA
Nombre del Contratista:	LINA MARIA LEONOR MENDEZ CUBIDES			C.C.	52 272 298 de: BOGOTA
Fecha Inicio:	2021-02-05	Fecha Terminación Inicial:	2021-03-31	Valor Mensual:	Valor a cobrar: $ 4 386 000

ADICIÓN OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 3 978 000	902	2021-03-31	2021-04-30
2	$ 6 885 000	1220	2021-04-30	2021-06-15
3	$ 8 568 000	1759	2021-06-15	2021-08-15
4	$ 2 091 000	2480	2021-08-15	2021-09-15
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	FEBRERO 2021	$ 3 978 000	$ 488 600	892624310
2	MARZO 2021	$ 4 590 000	$ 463 800	917807047
3	ABRIL 2021	$ 4 590 000	$ 523 300	949334108
4	MAYO 2021	$ 3 978 000	$ 523 300	980784394
5	JUNIO 2021	$ 4 488 000	$ 453 800	1019184026
6	JULIO 2021	$ 4 488 000	$ 511 900	1056122803
7	AGOSTO 2021	$ 4 386 000	$ 511 900	1088875105
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Resumen de contrato	VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
	$ 9.180.000	$ 30.702.000	$ 30.498.000	$ 204.000

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES DE MANERA PERSONAL Y AUTONOMA, EN SU CALIDAD DE INSTRUMENTADOR QUIRURGICO, PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES Y DEMÁS ASIGNADAS, EN LOS DIFERENTES SERVICIOS Y EN LAS UNIDADES QUE SE REQUIERA, CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Relación de actividades para el periodo: Desde: 2021-08-01 Hasta: 2021-08-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO	
		ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUTO O EVIDENCIA
1	Realizar las actividades, procedimientos e intervenciones en sala de cirugía para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de cada paciente.	Realize asistencia quirurgica y manejo de equipos para procedimientos de baja, mediana, alta complejidadn de todas las especialidades deacuerdo a las necesidades de los pacientes; vigilando y garantizado el cumplimiento de las normas de asepsia, antisepsia y bioseguridad dentro del marco de las politicas la seguridad del paciente y cirugia segura.	Historia clinica en dinamica
2	Velar por la esterilización del instrumental y equipos utilizados en salas de cirugía,durante el procedimiento informar del conteo de compresas o gasas, según el caso para su verificación al final del mismo. Entregar el instrumental en la central de esterilización, junto con otros elementos utilizados durante el procedimiento, como lápices de electro bisturi, portalámparas, etc.	Revise y avale los indicadores de esterilizacion del material e instrumental quirugico utilizado para los diferentes procedimientos de las especialidades quirurgicas	formato de verificacion de seguridad quirurgica el las historias clinicas fisicas de los pacientes
3	Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes	Garantize y controle el cumplimiento de los protocolos de bioseguridad ,en los tres tiempos quirurgicos,asi como el recuento del material	formato de verificacion de seguridad quirurgica el las historias clinicas fisicas de los pacientes, hoja de recuento y lista de chequeo
4	Llevar registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la normatividad vigente y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación	La prestacion de mis servicios respetan la autonomia institucional de la SUBRED, su visión, misión, estructura orgánica reglamentos administrativos, técnicos, cientificos y disciplinarios, acogiendo las directrices institucionales	protocolos y directrices de la subred centrooriente los cuales consulto en almera aplicandolos al ejercicio de mi profesion
5	Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.	Realice la entrtega del material quirurgico a la central de esterilizacion,con la responsabilidad de cuidar y mantener su buen uso	libro de entrega y recibo de material ubicado en la central de sterilizacion.
6	Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.	realice la cuentas de cobro de los materiales utilizados para osteosisntesis en las cirugias de ortopedia	hojas de gastos,que reposan en facturacion y en la central de esterilizacion
7	Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente	Realice las listas de chequeo verificando el instrumental y demas equipo biomedico de las cirugias programadas	carpeta de lista de chequeo que reposa en salas de cirugia
8	Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	disposición de participar en la programación de actividades del servicio	programacion de turmos de medicina interna
9	Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	Cumpli con la programación de turnos de servicios, si realize el cambio de turno cumpli con las directrices establecidas por la institución; en los casos de novedades informó con anticipación para la toma de medidas preventivas.	libro de cambio de turnos,libro de novedades de pago el cual reposa en la oficina de referne de hospitalizacion y cirugia

Escaneado con CamScanner

	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-PT-014 VERSIÓN: 03 FECHA: 2020-09-01
10	Emitir conceptos que en la respuesta de conformidad con sus actividades profesionales	participe en las capacitaciones y demas actividades como certificaciones de adherencia a protocolos institucionales	firma en las listas de participacion que cada referente de area posee
11	Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la normatividad vigente	Informa al paciente y su familia sobre la condición clínica, plan de manejo, atención y recomendaciones de egreso, conocer el grado de satisfacción sobre los servicios prestados y resolver inquietudes relacionadas con el proceso de atención	registro de la información queda soportada en Dinamica
12	Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado	Garantice 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 contratadas, y responder por su reposición o reparación cuando los daños se ocasionen por negligencia o inadecuada manipulación de los mismo	No se presentaron sucesos por manipulacion inadecuada de equipos
13	Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos, guías, manuales, protocolos y demás establecidos por la Entidad, además de apoyar la implementación de los mismos en especial durante la pandemia por COVID 19	Notifique los sucesos de seguridad que se presentaron durante el proceso de atención, participó en los análisis a los que fue convocado e implementó las acciones de mejora definidas para el servicio	aplicativo de reporte de sucesos de seguridad de la pagina de la subred
14	Mantener la reserva de la información a la cual tiene acceso en ocasión a sus actividades	Acreditó el cumplimiento del pago de los aportes al sistema de seguridad social y parafiscal durante la vigencia del contrato, requisito indispensable para generar cada pago a su favor, anexando la planilla de pago del personal vinculado para la ejecución del contrato los aportes	planilla de aportes
15	Informar al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de sus obligaciones,portar el carnet institucional y realizar el pago oportuno del pago de los aportes al sistema de seguridad social y parafiscal durante la vigencia del contrato, requisito indispensable para generar cada pago a su favor, anexando la planilla de pago del personal vinculado para la ejecución del contrato los aportes al sistema integral de seguridad social en salud deberán comprender salud, pensión y riesgos en salud		
16	Velar porque la atención sea humana, eficaz, cálida con todos y cada uno de los usuarios que requieran el servicio		
17	Solicitar a la central de esterilización el instrumental requerido para los procedimientos quirúrgicos que le sean asignados		
18	Verificar que las suturas despachadas por Farmacia correspondan a las necesarias para el procedimiento quirurgico. En el caso de una urgencia, hacer la solicitud respectiva, la cual debe llevar la firma del jefe de turno		
19	Antes de empezar cada procedimiento revisar el contenido de cada equipo y el estado del mismo. En caso de encontrar algún faltante o elemento en mal estado informar inmediatamente a la Central de Esterilización, por medio del circulante de Enfermería, conservando el rótulo proveniente de la Central.		

Observaciones:			
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.	52.272.298	de	BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	MAURICIO GARZON GRANADOS
CARGO:	LIDER UMHES VICTORIA
FIRMA	

Escaneado con CamScanner

Planillas / Resumen de pago

Información básica de la planilla

Empresa:	LINA MARIA LEONOR MENDEZ CUBIDES	**Nit:**	52272298
Tipo planilla:	I	**Periodo liquidación Pensiones:**	Julio 2021
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	Julio 2021
Número de radicación:	52546585	**Total a pagar:**	$511.900
Fecha de vencimiento:	24/08/2021	**Total de empleados:**	1
Fecha de pago:	09/08/2021	**Número de administradoras:**	2

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	**Nit recaudo:**	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	**Medio de pago:**	Pago Electronico por PSE
Banco:	BANCO DAVIVIENDA	**Número de aprobación:**	1088875105
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Totales

Código	NIT	Administradoras	No. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total pagado
25-14	900336004	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	1		$0.00	$287,400
EPS008	860066942	Compensar EPS	1		$0.00	$224,500
						$511,900

*Si descuenta incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos

»Ver planillas pagadas

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Exportar reporte a Excel Exportar reporte a PDF

Imprimir transacción

https://www.miplanilla.com/
Todos los derechos reservados © 2021 - Compensar - Genet S.A.

compensar | miplanilla.com Comfenalco Valle de la gente

certicámara Acerca de los certificados SSL icontec ISO/IEC 27001 CO-SI006-1 icontec ISO 9001 CO-SC5892-16

Escaneado con CamScanner

Cuenta de cobro 008 - 2021

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

Nit. 900.959.051-7

DEBE A:

LINA MARIA LEONOR MENDEZ CUBIDES

C.C. 52272298

LA SUMA DE:

(Cuatro millones trescientos ochenta y seis mil) $ 4.386.000

Por concepto de:

- Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No PS 2933 de 2021 correspondiente del 1 al 31 de agosto de 2021

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

Cordialmente,

LINA MARIA LEONOR MENDEZ CUBIDES
C.C. 52272298
Teléfono:3102639630
No Cuenta ahorros 0570008480380982 Banco De Davivienda

Fecha: 31/Agosto /2021

Escaneado con CamScanner