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

I. 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 inicial:** 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
4	$ 2.890.000	2378	16/08/2021	15/09/2021
5	$ 1.547.000	2862	16/09/2021	30/09/2021
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
6	JULIO	$ 3.213.000	$ 397.800	1101806092
7	AGOSTO	$ 3.213.000	$ 397.800	1101805924
8	SEPTIEMBRE	$ 3.213.000	$ 397.800	7810727375
0				
0				
0				
0				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 6.528.000	$25.449.000	$ 25.398.000	$ 51.000

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:** 2021-09-01 **Hasta:** 2021-09-30

	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 asesoría en promoción y prevención a los cuidadores en enfermedades respiratorias.	Registro en historia clínica 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 clínica 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 días
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 clínica
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 clínica
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 taves 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 taves 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 CECILIA OQUENDO OSPINA**
CARGO:	**PROFESIONAL UNIVERSITARIO AREA DE LA SALUD**
FIRMA	

AC.

Cuenta de cobro 8 Septiembre - 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:

TRES MILLONES DOSCIENTOS TRECE MIL PESOS M/CTE ($3213000,)

Por concepto de:

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

CAROLINA GUERRA J.

Nombres: **ANA CAROLINA GUERRA JIMENEZ**
C.C. No. 52.772.838 De Bogotá
Teléfono: 3106663675 Dirección: Carrera 81 B No. 6 b 85
No. Cuenta: Ahorros: 102584240 Banco Bogotá

FECHA: Septiembre 30 de 2021

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	52772838
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ANA CAROLINA GUERRA JIMENEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CARRERA 81B 6-B85 CASA 193	TELÉFONO:	3282828
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	7810727375		TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES	
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	agosto	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	agosto
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2021	SALUD:	AÑO:	2021
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2021/09/14		NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1129204139	

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800224808	230301	230301-PORVENIR	1	$ 205.700
SUBTOTAL:			1	**$ 205.700**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
805000427	EPS016	EPS016-COOMEVA S.A.	1	$ 160.700
SUBTOTAL:			1	**$ 160.700**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860002503	14-7	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	1	$ 31.400
SUBTOTAL:			1	**$ 31.400**

184 CTO 2218

$3213000

TOTAL PAGADO:	**$ 397.800**