Secretaría de Salud
Dirección 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-GA-F-014
VERSIÓN: 01
FECHA: 2020-05-04

## 1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| No. CONTRATO - OPS: | PS 4346 2021 | C.D.P. No.: | 750 | Proceso al que pertenece: | HOSPITALIZACION |
| | | | | Unidad a la que pertenece: | SAN BLAS |
| Nombre del Contratista: | HERNANDO ANTONIO CARRASCAL CARRASQUILLA | | | C.C. | 1.140.839.288 de: BARRANQUILLA |
| Fecha Inicio: | 2021-03-21 | Fecha Terminación Inicial: | 2021-04-30 | Valor Mensual: | $ 9.462.000 Valor a cobrar: $ 9.462.000 |

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | $ 19.090.000 | 750 | 2021-03-21 | 2021-06-15 |
| 2 | $ 13.910.800 | 750 | 2021-06-03 | 2021-08-15 |
| 3 | $ 10.126.000 | 750 | 2021-08-15 | 2021-09-15 |
| 4 | $ 498.000 | 750 | 2021-09-15 | 2021-09-30 |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |

| Nº CTA | MES DE CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR | VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL | NÚMERO DE PLANILLA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | MARZO | $ 3.486.000 | $ 1.916.200 | 49712742 |
| 2 | ABRIL | $ 10.956.000 | $ 1.916.200 | 50476622 |
| 3 | MAYO | $ 10.458.000 | $ 1.916.200 | 51152080 |
| 4 | JUNIO | $ 7.470.000 | $ 1.916.200 | 51861045 |
| 5 | JULIO | $ 9.462.000 | $ 2.171.700 | 52593721 |
| 6 | AGOSTO | $ 6.972.000 | $ 2.248.300 | 53195889 |
| 7 | SEPTIEMBRE | $ 9.462.000 | $ 1.686.300 | 53195880 |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |

| Resumen de contrato | VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|---|
| | $ 15.139.200 | $ 58.764.000 | $ 58.266.000 | $ 498.000 |

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

**OBJETO DEL CONTRATO**

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

Relacion 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 | PRODUTO O EVIDENCIA |
| 1 | 1. Realizar las actividades, procedimientos diagnosticos y terapéuticos determinados dentro del plan de manejo de su especialidad, con un alto nivel científico, ético y humano, de una manera oportuna y pertinente, en correspondencia con las necesidades de los pacientes, y teniendo en cuenta que todas las decisiones clínicas generadas en la atención médica procuraran el mejoramiento de la salud del paciente | Se realizan actividades tales como evaluaciones preanestésicas, administracion de anestesia general, regional, sedaciones para los diferentes procedimientos que son requeridos, apoyo a los demás servicios hospitalarios con punciones lumbares, manejo avanzado de la via aerea, reanimación cardiopulmonar, etc., todo esto de manera oportuna y con la mejor calidad basado en las ultimas guias de manejo de acuerdo a cada patologia, en pro de ofrecer el mejor servicio con calidad humana para favorecer la salud de los pacientes. | Registros de historia clinica electronica en el sistema de informacion Dinamica Gerencial Hospitalaria, firmadas electronicamente con mis credenciales (usuario y contraseña) |
| 2 | 2. Brindar una atención en salud con oportunidad, integridad, suficiencia y pertinencia, en un ambiente de atención personalizada y humanizada, cumpliendo el principio de equidad y con énfasis en actividades, procedimientos, protocolos, intervenciones y guías de atención, de acuerdo a los estándares de habilitación y acreditación. | Las actividades realizadas se llevan a cabo dentro de los tiempos oportunos para garantizar que el paciente tenga un adecuado acceso a los servicios de salud, adicionalmente son comentados entre las diferentes especialidades para definir su pertinencia y se prestan con atención humanizada y de calidad. | Registros de historia clinica electrónica en el sistema de informacion Dinamica Gerencial Hospitalaria, firmadas electronicamente con mis credenciales (usuario y contraseña). |
| 3 | 3. Realizar las actividades segun las necesidades de la subred dando cubertura en todas las Unidades en donde se presta el servicio y sea requerido | Realizo las actividades propias de la anestesiologia en las subunidades pertenecientes a la subred de acuerdo a las necesidades del servicio. | Registros de historia clinica electrónica en el sistema de información Dinamica Gerencial Hospitalaria, firmadas electronicamente con mis credenciales (usuario y contraseña) |
| 4 | 4. Informar al paciente y su familia sobre la condición clínica, plan de manejo, atención y recomendaciones de egreso, generando un alto grado de satisfaccion sobre los servicios prestados, resolviendo inquietudes relacionadas con el proceso de atención. | Se informa al paciente y su familia las implicaciones anestésicas relacionadas con los antecedentes propios del paciente asi como los relacionados con la cirugia que se va a llevar a cabo. | Cuadros de programación de actividades firmados por el referente de servicio y la dirección de hospitalización de la Subred |
| 5 | 5. Diligenciar los registros de las atenciones, procedimientos, actividades e intervenciones, que permita 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 | Se realiza consentimiento informado, record de anestesia, evoluciones médicas, etc, donde se detalla la atencion prestada | Registros de historia clinica electrónica en el sistema de información Dinamica Gerencial Hospitalaria, firmadas electrónicamente con mis credenciales (usuario y contraseña) |
| 6 | 6. Respetar los derechos del paciente, cumplir el código de ética médica y las disposiciones legales pertinentes propias de los servicios en donde se preste la atención. | Se respetan los derechos de los pacientes, se cumple el codigo de ética médica y las disposiciones leyales propias de los servicios donde se presta la atencion | Registros de historia clinica electrónica en el sistema de información Dinamica Gerencial Hospitalaria, firmadas electrónicamente con mis credenciales (usuario y contraseña) |
| 7 | 7. Realizar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participacion e impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados | Se realiza seguimiento a los pacientes que requieren apoyo del servicio de anestesia, asi como se brindan cuidados postanestesicos adecuados y apoyo en los servicios de hospitalizacion, consulta externa y urgencias. | Registros de historia clinica electrónica en el sistema de información Dinamica Gerencial Hospitalaria, firmadas electrónicamente con mis credenciales (usuario y contraseña) |
| 8 | 8. Emitir conceptos médicos que se requieran, de conformidad a su especialidad, realizar resúmenes de historia clínica, epicrisis u otros documentos asistenciales o administrativos que sean solicitados. | Se emitieron los conceptos médicos en las valoraciones, evoluciones, epicrisis y demás registros clinicos, documentos asistenciales y administrativos requeridos para garantizar la prestación de los servicios | Registros de historia clinica electrónica en el sistema de información Dinamica Gerencial Hospitalaria, firmadas electrónicamente con mis credenciales (usuario y contraseña) |
| 9 | 9. Diligenciar en forma completa, oportuna, sistematizada y legible (en los casos en que se presenten fallas del sistema), los formatos, la historias clínicas, consentimiento informado, reportes de estudios y demás registros propios de su actuar, de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente, los procedimientos de auditoria y demás directrices relacionadas con el manejo de historias clínicas y respaldando todas las actuaciones realizadas al paciente con la firma. | Los registros clinicos se hicieron completos y oportunos, con una correcta redaccion y digitación en la historia clinica electrónica del paciente, respaldando lo actuado con la firma electronica resguardada con mi usuario personal e intransferible y la respectiva contraseña. Los formatos manuales se complimentaron en todos sus campos garantizando legibilidad y responsabilizandome de lo registrado con firma, nombre y número de documento. | Registros de historia clinica electrónica en el sistema de información Dinamica Gerencial Hospitalaria, firmadas electrónicamente con mis credenciales (usuario y contraseña) y registros en físico diligenciados de forma manual firmados y sellados |
| 10 | 10. Garantizar la debida reserva de la información del paciente y de los registros clínicos | La custodia de la información contenida en historia clínica se garantiza mediante los protocolos de seguridad del sistema de información. Se mantuvo la reserva de información clínica en los terminos de la Resolución 1995/1999 | Registros de historia clinica electrónica en el sistema de información Dinamica Gerencial Hospitalaria, firmadas electrónicamente con mis credenciales (usuario y contraseña) |

Escaneado con CamScanner

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES
compensar | miplanilla.com

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: [illegible]
Versión: 01
Fecha: [illegible]

| | | | |
|---|---|---|---|
| 11 | 11. Utilizar de manera adecuada los equipos, elementos e instalaciones y 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 mismos. | Los equipos, elementos e instalaciones puestos a disposición para el desarrollo de mis actividades fueron usados racionalmente, no se presentaron daños ocasionados en cumplimiento o con ocasión de la prestación de mis servicios a la Subred. | Reportes de tecnovigilancia y activos fijos |
| 12 | 12. Reportar al área de Recursos Físicos – Activos Fijos de la SUBRED, los equipos de propiedad del contratista, que se destine a las actividades asistenciales. | Los equipos de mi propiedad destinados al cumplimiento de las actividades asistenciales permanecen bajo mi custodia y son retirados de la institución al concluir las actividades. No aplica para ningún equipo para el cumplimiento de mi objeto contractual que requiera ser reportado a Activos Fijos. | No aplica documentación o evidencia para esta obligación |
| 13 | 13. El contratista deberá responder por la seguridad de los equipos que se encuentren bajo su custodia. | La Subred no me ha encargado la custodia de equipos para el cumplimiento de mis actividades contractuales. | No aplica documentación o evidencia para esta obligación |
| 14 | 14. Apoyar la elaboración de respuestas a reclamaciones y requerimientos que se presenten en desarrollo de la atención que se obliga a prestar a los usuarios o pacientes que demanden el servicio. | Se participa en la elaboración de respuestas a reclamaciones y requerimientos cuando esta actividad es requerida por el líder del servicio. | No fui requerido para elaboración de respuesta a reclamaciones durante el periodo certificado |
| 15 | 15. Prestar el apoyo necesario para dar respuesta a objeciones iniciales evitando así que se genere Glosa Definitiva o procesos de Conciliación por parte de EAPB. | Cuando lo requiere el líder del servicio se presta el apoyo necesario para dar respuesta a objeciones iniciales evitando así que se genere Glosa Definitiva o procesos de Conciliación por parte de EPS-S- EAPB. | No fui requerido para elaboración de respuesta a objeciones iniciales durante el periodo certificado |
| 16 | 16. Notificar los sucesos de seguridad que se presenten durante el proceso de atención al paciente y apoyar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio. | Cuando se identifican sucesos de seguridad, se reportan en la plataforma institucional dispuesta para este fin. | Reportes en aplicativo de reporte de sucesos de seguridad |
| 17 | 17. Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente. | Se reportaron los eventos de notificación obligatoria de manera oportuna durante el periodo certificado. | Registros de auditoría de oportunidad y calidad de la oficina de epidemiología |
| 18 | 18. Apoyar las actividades de docencia de servicio en la revista médica u otro espacio dirigidas a los estudiantes y/o personal del servicio, para el desarrollo y formación del recurso humano en salud. | Se recibe rotación de estudiantes e internos de las universidades que tienen convenio con la subred, se revisa tema y se llevan a cabo actividades profesionales confiables bajo supervisión para logra los resultados previstos de aprendizaje. | No hay personal en formación asignado al servicio, debido a la emergencia sanitaria por la atención de pacientes con COVID-19 |
| 19 | 19. Instruir a la comunidad sobre la prevención de las enfermedades propias de su especialidad. | Se educa a la comunidad, representada por el paciente y sus familiares, sobre la prevención de las enfermedades propias de mi especialidad. | Registros de historia clínica electrónica en el sistema de información Dinámica Gerencial Hospitalaria, firmadas electrónicamente con mis credenciales (usuario y contraseña). |
| 20 | 20. Asistir a las jornadas de capacitación, inducción, reuniones, comités y eventos a los cuales sea convocado. | Participé en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones, comités y eventos a los que fui convocado. | Capacitaciones y exámenes virtuales enviados desde correo electrónico hospitalizacionsanblas@subredcentrooriente.gov.co |
| 21 | 21. Informar oportunamente al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de sus obligaciones. | Se informó al supervisor del contrato sobre las novedades presentadas durante el cumplimiento de mis obligaciones. | Reporte de novedades al supervisor de contrato a la dirección de correo electrónico institucional hospitalizacionsanblas@subredcentrooriente.gov.co |
| 22 | 22. Facilitar las labores de supervisión, evaluación y control que la SUBRED realice en forma directa por la Subdirección de Servicios de Salud, la Oficina de Calidad y/o a través de terceros. | Mantuve comunicación permanente con el supervisor del contrato para facilitar las labores de verificación de cumplimiento de actividades y obligaciones. | Entrega de turno y Reporte de novedades al supervisor de contrato a la dirección de correo electrónico institucional hospitalizacionsanblas@subredcentrooriente.gov.co |
| 23 | 23. Cumplir oportunamente las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demás solicitudes de la Supervisión y de la Oficina de Calidad. | Se cumplió oportunamente con las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demás solicitudes de la Supervisión y de la Oficina de Garantía de Calidad. | Respuesta a comunicaciones del supervisor de contrato a la dirección de correo electrónico institucional hospitalizacionsanblas@subredcentrooriente.gov.co |
| 24 | 24. Acreditar inscripción en el RETHUS, MIPRES y RUAF. | Se acredita la inscripción a RETHUS y MIPRES al inicio del contrato. | Documentos del proveedor en la plataforma del sistema electrónico de contratación pública "SECOP II" |
| 25 | 25. Portar el carnet institucional de la SUBRED durante la ejecución de las actividades contractuales. | Se porta el carné de identificación institucional durante el desarrollo de las actividades asistenciales, de acuerdo con lo establecido según el área de servicio en cuanto a cumplimiento de medidas de bioseguridad. | Minutas de la empresa de seguridad. |
| 26 | 26. Prestar el servicio de conformidad con la programación de agenda acordada con el supervisor del contrato, para el desarrollo de sus actividades. | Se cumplió la programación de actividades. Ante imprevistos o eventos de fuerza mayor, se informó formalmente al supervisor del contrato sobre los cambios de turno. | Cuadros de programación de actividades firmados por el referente de servicio y la dirección de hospitalización de la Subred y comunicación de novedades al supervisor de contrato enviadas al correo electrónico institucional hospitalizacionsanblas@subredcentrooriente.gov.co |
| 27 | 27. Participar en las investigaciones y estudios específicos de casos tendientes a resolver causas y soluciones a problemas propios de su especialidad relacionados con esta. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato. | Se realiza cuando es solicitado. | No he sido solicitado para apoyar estudios de investigación durante este periodo. |

**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

Hernando Carrasco C.
**Firma del Contratista**

C.C. 1 140 819 288 de BARRANQUILLA

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS | |
|---|---|
| NOMBRE: | EDGAR URIEL JARA HERRERA |
| CARGO. | REFERENTE DE SERVICIOS ASISTENCIALES UMHLS SAN BLAS |
| FIRMA | |

Escaneado con CamScanner