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 2215 2021 **C.D.P. No.:** 301

**Proceso al que pertenece:** DIRECCION DE COMPLEMENTARIOS
**Unidad a la que pertenece:** UMHES SANTA CLARA

**Nombre del Contratista:** ANGELICA MARIA MARIN AYALA **C.C.** 52.214.604 **de:** BOGOTÁ

**Fecha Inicio:** FEBRERO 11 DE 2021 **Fecha Terminación Inicial:** MARZO 31 DE 2021 **Valor Mensual:** $ 3.264.000 **Valor a cobrar:** $ 3.264.000

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | $ 3.264.000 | 822 | 15/03/2021 | 30/04/2021 |
| 2 | $ 4.896.000 | 1219 | 15/04/2021 | 15/06/2021 |
| 3 | $ 6.562.000 | 1737 | 16/06/2021 | 15/08/2021 |
| 4 | $ 3.332.000 | 2378 | 16/08/2021 | 15/09/2021 |
| 5 | $ 1.615.000 | 2862 | 16/09/2021 | 30/09/2021 |
| 6 | $ 1.666.000 | 3068 | 01/10/2021 | 15/10/2021 |
| 7 | $ 1.700.000 | 3271 | 16/10/2021 | 31/10/2021 |
| 8 | $ 3.128.000 | 3454 | 01/11/2021 | 30/11/2021 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| Nº CTA | MES DE CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR | VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL | NÚMERO DE PLANILLA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | FEBRERO | $ 3.264.000 | $ 375.500 | 48308408 |
| 2 | MARZO | $ 3.264.000 | $ 404.200 | 49091802 |
| 3 | ABRIL | $ 3.264.000 | $ 404.000 | 49820664 |
| 4 | MAYO | $ 3.264.000 | $ 404.000 | 50466169 |
| 5 | JUNIO | $ 3.264.000 | $ 404.000 | 51028472 |
| 6 | JULIO | $ 3.264.000 | $ 404.000 | 51683160 |
| 7 | AGOSTO | $ 3.213.000 | $ 404.000 | 52383714 |
| 8 | SEPTIEMBRE | $ 3.366.000 | $ 397.800 | 53084536 |
| 9 | OCTUBRE | $ 3.162.000 | $ 416.600 | 53673949 |
| 10 | NOVIEMBRE | $ 3.264.000 | $ 391.400 | 54479671 |
| 0 | | | | |
| 0 | | | | |

**Resumen de contrato**

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 6.528.000 | $32.691.000 | $ 32.589.000 | $ 102.000 |

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

**OBJETO DEL CONTRATO**

PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES DE MANERA PERSONAL Y AUTÓNOMA, EN SU CONDICIÓN DE FONOAUDIOLOGOY/O TERAPEUTA LENGUAJE, PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES 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:** 2021-11-01 **Hasta:** 2021-11-30

| | 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 realizàn 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 el manejo integral a los pacientes hospitalizados, ambulatorios y urgencias. | 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 tratamiento y seguimiento a los pacientes valorados | Se acoge a las directices institucionales. | Se respetan los protocolos |
| 4 | 4. Dar pautas de manejo y educación a las madres y/o familiares de 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. Elaborar la estadística diaria de las actividades que se realizan y el consolidado mensual para ser entregado dentro de los 5 primeros días del mes siguiente. | Se brinda educación y asesoria en promoción y prevención a los cuidadores en enfermedades respiratorias. | Registro en historia clínica y entrega de folletos |
| 6 | 6. Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes. | 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. Participar en las actividades de revista, caso clínico con el fin de evaluar y en caso de ser necesario ajustar el plan individual de habilitación / rehabilitación del usuario ambulatorio u hospitalizado | 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. Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente | Seguimiento a estado de salud de pacientes sala era, | Seguimientos a las 48 horas y a los 7 dias |
| 9 | 9. 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 | Se realiza evolución de todo procedimiento o tratamiento realizado al paciente para su posterior revisión | En sistema dinamica |
| 10 | 10. Velar por el seguimiento de las normas de bioseguridad, salud ocupacional y gestión ambiental. | 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 .Velar porque la atención sea humana, eficaz, cálida con todos y cada uno de los usuarios que requieran el servicio. | Adecuado uso de elementos y dispositivos medicos en el tratamiento de los pacientes. | Reporte oportuno a área encargada |
| 13 | 13. Desarrollar las actividades para el fortalecimiento de los centros de atención primarios (CAPS) | En caso de portar equipos ajenos a la institución. | Reporte oportuno a área encargada |
| 14 | 14. Portar el carnet institucional de la SUBRED durante la ejecución de las actividades contractuales. | Leer los formatos de la institución, conocer la institución | A tavés de la pagina web y almera |
| 15 | 16. Ejercer las actividades propias de la profesión de conformidad con las normas y/o reglamentos de acuerdo al objeto contractual y las necesidades del servicio | 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 | 0 | Leer los formatos de la institución, conocer la institución | A tavés 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 | Actuar y proceder de acuerdo a lo estipulado por la institución con respuesta oportuna | No aplica |
| 20 | 0 | Actuar y proceder de acuerdo a lo estipulado por la institución con respuesta oportuna | No aplica |
| 21 | 0 | Actuar y proceder de acuerdo a lo estipulado por la institución con respuesta oportuna | Se reporta a tavés de la intranet, de ser necesario |
| 22 | 0 | Se realiza de acuerdo a requerimiento | No aplica |
| 23 | 0 | En relación a las actividades relacionadas | Comunicación directa con el personal |
| 24 | 0 | Asistir a reuniones, capacitaciones | Con firma de asistencia |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 25 | 0 | Informar oportunamente cualquier imprevisto que se presente en el desarrollo de las actividades | Se informa al jefe directo via telefonica |
| 26 | 0 | Actuar y proceder de acuerdo a lo estipulado por la institución con respuesta oportuna | No aplica |
| 27 | 0 | Actuar y proceder de acuerdo a lo estipulado por la institución con respuesta oportuna | No aplica |
| 28 | 0 | Actuar y proceder de acuerdo a lo estipulado por la institución con respuesta oportuna | Me encuentro registrada en Registro Unico Nacional de Talento Humano en |

**OBSERVACIONES:**

**HORAS 192**

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.** 52.214.604 **de** BOGOTA

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

**Cuenta de cobro 010 – NOVIEMBRE 2021**

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

**Nit. 900.959.051-7**

**DEBE A:** **ANGELICA MARIA MARIN AYALA**

**C.C. No.: 52.214.604**

**LA SUMA DE: TRES MILLONES DOSCIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL PESOS ($3.264.000)**

Por concepto de:

- Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No **PS** 2215 de 2021 correspondiente al mes de Noviembre 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,

**NOMBRE: ANGELICA MARIN AYALA**
C.C. No. 52.214.604
Teléfono: 3124548530 Dirección: CALLE 94 No. 72 A 95, int. 3 apto. 604
No Cuenta: 0550466100096620 Ahorros Banco: DAVIVIENDA

Fecha: Noviembre 30 de 2021

Estamos actualizando el diseño de miplanilla.com. Prueba nuestra nueva versión. Quiero Probar



# Planillas / Resumen de pago

## Información básica de la planilla

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Empresa:** | ANGELICA MARIA MARIN AYALA | **Nit:** | 52214604 |
| **Tipo planilla:** | I | **Periodo liquidación Pensiones** | Octubre 2021 |
| **Sucursal o Dependencia:** | PRINCIPAL | **Periodo liquidación Salud:** | Octubre 2021 |
| **Número de radicación:** | 54479671 | **Total a pagar:** | $416,700 |
| **Fecha de vencimiento:** | 03/11/2021 | **Total de empleados:** | 1 |
| **Fecha de pago:** | 04/11/2021 | **Número de administradoras:** | 4 |

## 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:** | 1191569856 |
| **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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 14-7 | 860002503 | Cia. de Seguros Bolivar S.A. | 1 | | $0.00 | $30,900 |
| 25-14 | 900336004 | Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones | 1 | | $0.00 | $202,400 |
| CCF24 | 860066942 | Compensar Caja de Compensacion Fliar | 1 | | $0.00 | $25,300 |
| EPS008 | 860066942 | Compensar EPS | 1 | | $0.00 | $158,100 |
| | | | | | | **$416,700** |

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

$391.400

»Ver planillas pagadas

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

192 ($3264000)

Exportar reporte a Excel Exportar reporte a PDF

Imprimir transacción

CTO 2215



Todos los derechos reservados © 2021 . Compensar - Cenet S.A.

certicámara. Acerca de los certificados SSL