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 CONTRATACIÓN
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 03
FECHA: 2021-12-27

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 3486 2022	**C.D.P. No.:**	105
Proceso que pertenece:	MISIONAL		
Servicio al que pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS		
Unidad a la que pertenece:	UMHES JORGE ELIECER GAITAN		
Nombre del Contratista:	MARIA MONICA DUSSAN GARCIA	**C.C.**	55.158.404 **de:** NEIVA
Fecha Inicio:	2022-02-01	**Fecha Terminación inicial:**	2022-04-30
Valor Mensual:	$ 3.361.920	**Valor a cobrar:**	$ 3.361.920

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 3.264.000	1000	2022-04-30	2022-05-31
2	$ 97.920	1570	2022-05-16	2022-05-31
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

N° CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NUMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO PLANILLA
1	FEBRERO	$ 3.264.000	$ 404.200	9429719608	4/02/2022
2	MARZO	$ 3.264.000	$ 404.200	9431076745	4/03/2022
3	ABRIL	$ 3.264.000	$ 404.200	9432461547	4/04/2022
4	MAYO	$ 3.361.920	$ 404.200	9433675758	9/05/2022
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 9.792.000	$ 13.153.920	$ 13.153.920	$ 0

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO TERAPEUTA RESPIRATORIO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2022-05-01 **Hasta:** 2022-05-31

	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO		
	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUTO O EVIDENCIA
1	REALIZAR LAS ACTIVIDADES DIAGNÓSTICAS Y TERAPÉUTICAS PARA EL MANEJO DE PATOLOGÍAS ESTABLECIDOS DENTRO DEL PLAN INTEGRAL DE CADA PACIENTE	REALIZAR VALORACIONES, ATENCIONESS Y RESPEUSTAS A INTERCONSULTAS DE FORMA PETINENTE	SE REALIZA REGISTRO DE PROCEDIMIENTOS REALIZADOS EN HISTORIA CLINICA Y RESPUESTA A INTERSONSULTAS EN EL APLICATIVO DINAMICA GERENCIAL
2	REALIZAR EL MANEJO INTEGRAL A LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS, AMBULATORIOS Y URGENCIAS	REALIZAR VALORACIONES, ATENCIONESS Y RESPEUSTAS A INTERCONSULTAS DE FORMA PETINENTE	SE REALIZA REGISTRO DE PROCEDIMIENTOS REALIZADOS EN HISTORIA CLINICA Y RESPUESTA A INTERSONSULTAS EN EL APLICATIVO DINAMICA GERENCIAL
3	REALIZAR TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO A LOS PACIENTES VALORADOS	SE REALIZA REGISTRO DE PROCEDIMIENTOS REALIZADOS EN HISTORIA CLINICA Y RESPUESTA A INTERSONSULTAS EN EL APLICATIVO DINAMICA GERENCIAL	SE REALIZA REGISTRO DE PROCEDIMIENTOS REALIZADOS EN HISTORIA CLINICA Y RESPUESTA A INTERSONSULTAS EN EL APLICATIVO DINAMICA GERENCIAL
4	DAR PAUTAS DE MANEJO Y EDUCACIÓN A LAS MADRES Y/O FAMILIARES DE LOS PACIENTES VALORADOS	SE BRINDA EDUCACIÓN Y ASESORIA EN PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN A LOS CUIDADORES DE LOS PACIENTES VALORADOS	SE REALIZA REGISTRO DE PROCEDIMIENTOS REALIZADOS EN HISTORIA CLINICA Y RESPUESTA A INTERSONSULTAS EN EL APLICATIVO DINAMICA GERENCIAL
5	ELABORAR LA ESTADÍSTICA DIARIAS DE LAS ACTIVIDADES QUE SE REALIZAN Y EL CONSOLIDADO MENSUAL PARA SER ENTREGADO DENTRO DE LOS 5 PRIMEROS DÍAS DEL MES SIGUIENTE	SE ELABORAN INFORMES DE ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES Y SE ENTREGA A LIDER DEL PROCESO	DILIGENCIAMIENTO DE FORMATO DE FACTURACION, FORMATO DE INFORME MENSUAL ACTIVIDADES
6	CUMPLIR CON LAS EXIGENCIAS LEGALES Y ÉTICAS PARA EL ADECUADO MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA DE LOS PACIENTES	SE CUMPLE CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE Y MANTENIENDO LA ONFIDENCIALIDAD DEL PACIENTE	SE REALIZA REGISTRO DE PROCEDIMIENTOS REALIZADOS EN HISTORIA CLINICA Y RESPUESTA A INTERSONSULTAS EN EL APLICATIVO DINAMICA GERENCIAL
7	PARTICIPAR EN LAS ACTIVIDADES DE REVISTA, CASO CLÍNICO CON EL FIN DE EVALUAR Y EN CASO DE SER NECESARIO AJUSTAR EL PLÁN INDIVIDUAL DE HABILITACIÓN / REHABILITACIÓN DEL USUARIO AMBULATORIO U HOSPITALIZADO	PARTICIPAR DE FORMA ACTIVA EN LAS REVISTAS MEDICAS Y PLANTEAR EL PLAN DE MANEJO DE HABILITACION/ REHABILITACION	SE REALIZA REGISTRO DE PROCEDIMIENTOS REALIZADOS EN HISTORIA CLINICA Y RESPUESTA A INTERSONSULTAS EN EL APLICATIVO DINAMICA GERENCIAL
8	REPORTAR LOS EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA CON LA OPORTUNIDAD ESTABLECIDA EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE	REALIZAR REPORTE OPORTUNO DE EVENTOS DE INTERES PUBLICA	APLICATIVO SIVIGILA
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	REALIZAR Y DAR CUMPLIMIENTO A LOS PLANES DE MEJORA DE LOS ENTES INTERNOS Y EXTERNO	CUMPLIMIENTO PLANES DE MEJORA
10	VELAR POR EL SEGUIMIENTO DE LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD, SALUD OCUPACIONAL Y GESTIÓN AMBIENTAL	UTILIZACION DE EPP, ADHERENCIA AL MANUAL DE BIOSEGURIDAD	LISTA RONDAS DE SEGURIDAD, FORMATO ADHERENCIA HIGIENE DE MANOS, FORMATO ENTREGA DE EPP

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 CONTRATACIÓN
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 03
FECHA: 2021-12-27

11	DIRECCIONAR Y/O ASIGNAR PLAN CASERO O ACTIVIDADES PARA REALIZAR EN CASA A LOS PACIENTES QUE LO REQUIERAN Y QUE HAN SIDO ATENDIDOS	ENTREGA DE FORMA OPOTUNA PLANES CASEROS A LOS PACIENTE QUE HAN RECIBIDO ATENCION	FORMATO ENTREGA DE PLANES CASEROS
12	VELAR PORQUE LA ATENCIÓN SEA HUMANA, EFICAZ, CÁLIDA CON TODOS Y CADA UNO DE LOS USUARIOS QUE REQUIERAN EL SERVICIO	PRESTAR UNA ATENCIO HUMANA Y CON CALIDAD	INDICADORES DE QUEJAS, RECLAMOS Y SUGERENCIAS
13	DESARROLLAR LAS ACTIVIDADES PARA EL FORTALECIMIENTO DE LOS CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIOS (CAPS)	PARTICIAPAR D FORMA ACTIVA EN LA ACTIVIDADES PARA FORTALECER CAPS	NO SE REQUIRIO
14	PORTAR EL CARNET INSTITUCIONAL DE LA SUBRED DURANTE LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES CONTRACTUALES	CONTAR CON EL CARNET DE FORMA VISIBLE	PORTAR CARNET
15	CUMPLIR CON TODAS LAS MEDIDAS DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA PARA EL MANEJO DE LOS DISPOSITIVOS MÉDICOS Y COMPORTAMIENTO DENTRO DE LAS DIFERENTES ÁREAS DEL SERVICIO	USO ADECUAO DE EQUIPOS MEDICOS	NO SE REQUIRIO
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	CUMPLIAR CON LAS FUNCIONES DE FONOAUDILOGA	NO SE REQUIRIO
17	PRESTAR EL SERVICIO DE CONFORMIDAD CON LA PROGRAMACIÓN DE AGENDA ACORDADA CON EL SUPERVISOR DEL CONTRATO, PARA EL DESARROLLO DE SUS ACTIVIDADES	CUMPLIR A CABALIDAD CON LA ATENCION DE LOS PACIENTES ASIGANDOS	RIPS
18	SE DESARROLLARÁN LAS ACTIVIDADES EN CUALQUIERA DE LAS UNIDADES CORRESPONDIENTES A LA SUBRED CENTRO ORIENTE DE ACUERDO A LA ASIGNACIÓN REALIZADA POR EL SUPERVISOR.	DESARROLLAR LAS ACTIVIDADES EN LA SEDE ASIGNADA	PLANILLA DE TURNOS

Observaciones:

192 HORAS REALIZADAS EN EL MES DE MAYO

Nota: Es deber contractual anexar la certificación del pago a Salud, pensión y ARL. En caso de tener contrato nuevo adjuntar el soporte de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud como cotizante y afiliación a pensión., Teniendo en cuenta que con la implementación del Decreto 1273 de 2018 el pago de aportes se hace de manera vencida de acuerdo con las fechas establecidas en el Decreto 1990 de 2016.

Firma del Contratista

C.C. 55.158.404 **de** NEIVA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 1	
NOMBRE:	CLAUDIA SILENIA NIÑO REY
CARGO:	DIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05
FIRMA	

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 2	
NOMBRE:	CLAUDIA SILENIA NIÑO REY
CARGO:	DIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05
FIRMA	

CUENTA DE COBRO No.04

FECHA 31/05/2022

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
Nit. 900.959.051.7

DEBE A:

MARIA MONICA DUSSAN GARCIA
C.C. 55.158.404

LA SUMA DE

TRES MILLONES TRESCIENTOS SESENTA Y UN MIL NOVECIENTOS VEINTE PESOS ($ 3.361.920)

Por concepto de:

192 HORAS, Honorarios por Prestación de Servicios en cumplimiento del Contrato No. PS 3486-2022, con afiliación a ARL RIESGO 3 correspondiente al mes de MAYO DE 2022.

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO TERAPEUTA RESPIRATORIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Cordialmente,

MARIA MONICA DUSSAN GARCIA
C.C. 55.158.404
Teléfono: 3014159009 Dirección: KR 56 151 51 INT 6 APTO 203
No Cuenta: 0074080854 CUENTA DE AHORROS BANCO BBVA

en línea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 55158404		DUSSAN GARCIA MARIA MONICA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 56 # 151 51 trr 6 ap 203	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor	
2022-04	2022-04	28085459	9433675758	I	2022/05/03	2022/05/09	BANCO DE OCCIDENTE	0	$404,200	

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSIÓN				SALUD				CCF			RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,306,000	$209,000			$1,306,000	$163,300			$0	$0			$1,306,000	$31,900		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,306,000	$209,000			$1,306,000	$163,300			$0	$0			$1,306,000	$31,900		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,306,000	$209,000			$1,306,000	$163,300			$0	$0			$1,306,000	$31,900		$0	$0
1	CC 55158404	DUSSAN MARIA	230301	30	$1,306,000	$209,000	EPS008	30	$1,306,000	$163,300		0	$0	$0	14-7	30	$1,306,000	$31,900	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,306,000	$209,000			$1,306,000	$163,300			$0	$0			$1,306,000	$31,900		$0	$0

2022/05/09 01:19 PM