1313

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 1313 2022 | C.D.P. No.: | 51 | Proceso que pertenece: | DIRECCION FINANCIERA |
| | | | | Servicio al que pertenece: | FACTURACION |
| | | | | Unidad a la que pertenece: | HOSPITAL SANTA CLARA |
| Nombre del Contratista: | BLANCA JANETH MARTINEZ CARO | | | C.C. | 39.715.456 de: USME |
| Fecha Inicio: | 01 DE FEBRERO DE 2022 | Fecha Terminación Inicial: | 30 DE ABRIL DE 2022 | Valor Mensual: | $ 2.451.400 |
| Valor a cobrar: | $ 2.451.400 | | | | |

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | $ 817.133 | 1298 | 2022-05-01 | 2022-05-10 |
| 2 | $ 1.634.267 | 1445 | 2022-05-11 | 2022-05-31 |
| 3 | $ 2.451.400 | 1709 | 2022-06-01 | 2022-06-30 |
| 4 | $ 2.451.400 | 1931 | 2022-07-01 | 2022-07-31 |
| 5 | $ 1.634.267 | 2305 | 2022-08-01 | 2022-08-20 |
| 6 | $ 817.133 | 2629 | 2022-08-21 | 2022-08-31 |
| 7 | $ 2.451.400 | 2751 | 2022-09-01 | 2022-09-30 |
| 8 | $ 2.451.400 | 3137 | 2022-10-01 | 2022-10-31 |
| 9 | $ 2.451.400 | 3488 | 2022-11-01 | 2022-11-30 |
| 10 | $ 1.225.700 | 3804 | 2022-12-01 | 2022-12-15 |
| 11 | $ 3.677.100 | 4081 | 2022-12-01 | 2022-12-15 |
| 12 | $ 0 | 0 | 2022-12-16 | 2023-01-31 |
| 13 | | | | |
| 14 | | | | |
| 15 | | | | |
| 16 | | | | |
| 17 | | | | |
| 18 | | | | |
| 19 | | | | |
| 20 | | | | |

| Nº CTA | MES DE CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR | VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL | NÚMERO DE PLANILLA | FECHA DE PAGO PLANILLA |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | FEBRERO | $ 2.380.000 | $ 309.400 | 56353085 | 2/02/2022 |
| 2 | MARZO | $ 2.380.000 | $ 309.400 | 57054974 | 2/03/2022 |
| 3 | ABRIL | $ 2.380.000 | $ 309.400 | 57831713 | 4/04/2022 |
| 4 | MAYO | $ 2.451.400 | $ 309.400 | 58514656 | 4/05/2022 |
| 5 | JUNIO | $ 2.451.400 | $ 309.400 | 59215069 | 13/06/2022 |
| 6 | JULIO | $ 2.451.400 | $ 329.400 | 59856134 | 11/07/2022 |
| 7 | AGOSTO | $ 2.451.400 | $ 329.400 | 60629903 | 8/08/2022 |
| 8 | SEPTIEMBRE | $ 2.451.400 | $ 329.400 | 61416174 | 8/09/2022 |
| 9 | OCTUBRE | $ 2.451.400 | $ 329.400 | 62161570 | 7/10/2022 |
| 10 | NOVIEMBRE | $ 2.451.400 | $ 329.400 | 62869366 | 8/11/2022 |
| 11 | DICIEMBRE | $ 2.451.400 | $ 329.400 | 63616354 | 9/12/2022 |
| 12 | | | | | |
| 13 | | | | | |
| 14 | | | | | |
| 15 | | | | | |
| 16 | | | | | |
| 17 | | | | | |
| 18 | | | | | |
| 19 | | | | | |
| 20 | | | | | |

Resumen de contrato

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 7.140.000 | $ 29.202.600 | $ 26.751.200 | $ 2.451.400 |

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO DE APOYO A LA GESTION PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO-ORIENTE E.S.E

Relación de actividades para el periodo: Desde: 2022-12-01 Hasta: 2022-12-31

| | OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta) | DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 1 | 1.Recepcionar a diario las facturas generadas y organizar por pagador.2.Verificar contra historia clínica que se encuentren facturados y registrados todos los procedimientos, medicamentos e insumos del usuario atendido.3.Verificar que la facturas contengan las tarifas y soportes de acuerdo a la normatividad y contratación vigente con las EAPB.4. Realizar las devoluciones de las facturas, para corrección de forma oportuna.5. Consolidar las causales de devolución de las facturas.6.Generar las relaciones de envió y solicitud de RIPS oportunamente, por cada una de las facturas a radicar a las EAPB.7.Garantizar la radicación oportuna de la facturación de las entidades asignadas, de acuerdo a las fechas programadas.8.Informar oportunamente a la coordinación de facturación las razones que podrían dificultar o la no radicación oportuna de las facturas. 9.Realizar desplazamiientó a las EAPB para entrega de facturas, en caso de ser necesario.10. Registrar y subir las facturas y soportes en los aplicativos WEB disponibles por las EAPB, para radicación de facturas.10. Dar respuesta a las devoluciones de facturas de forma oportuna y de acuerdo a las normatividad vigente.11.Brindar el apoyo necesario y realizar planes de contingencia en el momento en que no se cuente con el sistema de información DGH y bases de datos.12.Realizar actualización en cuanto a la normatividad vigente en el S.G.S.S.S .13.Asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el área .14.Realizar las demás actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor de contrato. | Contratista cumplio con el 100% de las actividades programadas del periodo;<br>Realizando acompañamiento diario y auditoría concurrente a los facturadores.<br>Sirvió como apoyo a los facturadores para la solución de inconvenientes y dudas que impidieran el cobro del 100% de los procedimientos y cargos realizados al paciente así como la generación rápida de la factura.<br>Realizó auditoria previa y posterior a la realización de facturación.<br>Verificó que todos los soportes de atención se anexaran a las facturas.<br>Verificó el valor a cobrar y las actividades realizadas de acuerdo a la Historia Clínica y manuales tarifarios.<br>Verificó que se hayan cargado el 100% de los procedimientos, medicamentos y demás atenciones médicas que se brindaron a los pacientes durante las estancias.<br>En los casos donde se presentaron anulaciones garantizo que fueran reemplazadas inmediatamente.<br>Revisó que el 100% de la facturación por atenciones médicas que requerían autorización contaran con este soporte.<br>Revisó FURIPS o formatos establecidos para accidentes de tránsito.<br>Brindó el apoyo necesario y realizó planes de contingencia en el momento en que no se conto con el sistema de información DGH y bases de datos.<br>Asistió a las reuniones y capacitaciones programadas por el área.<br>Realizó demás actividades que asignó el jefe inmediato y/o coordinador del Área de Facturación. | En el periodo comprendido se realizó el cumplimiento al 100% del desarrollo de las actividades contratadas, se anexan folios con las evidencias |

Observaciones:

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.

Janeth Martinez

Firma del Contratista

C.C. 39.715.456 de USME

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 1 | |
|---|---|
| NOMBRE: | NAYIBE DUARTE PARDO |
| CARGO: | DIRECTORA FINANCIERA ( E ) |
| FIRMA | |

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 2 | |
|---|---|
| NOMBRE: | MARIA MARLENY RAMOS GUERRA |
| CARGO: | PROFESIONAL ESPECIALIZADO |
| FIRMA | |

Cuenta de cobro 11-2022

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

**Nit. 900.959.051-7**

**DEBE A:**

BLANCA JANETH MARTINEZ CARO

C.C 39.715.456 de la ciudad de USME

**LA SUMA DE:**

| | | |
|---|---|---|
| **DOS MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA Y UN MIL CUATROCIENTOS PESOS M/CTE** | **$** | **2.451.400** |

Por concepto de:

Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No PS 1313 2022 correspondiente al mes de DICIEMBRE de 2022

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO DE APOYO A LA GESTION PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

**Cordialmente,**



BLANCA JANETH MARTINEZ CARO
C.C 39715456
Teléfono 3204168925
Direccion CALLE 48K SUR N° 3 - 62 APTO 101
No Cuenta 8480314981 AHORROS BANCO DAVIVIENDA
Fecha: 31/12/2022

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 39715456 | BLANCA JANETH MARTINEZ CARO | | CALLE 48 K SUR N 3 62 APTO 101 | 3204168925 | janeth.martinez.ips@gmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2022-11 | 2022-11 | 1 | 09/12/2022 | 63616354 | $329.400 | |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

**TOTALES SALUD**

| Código EPS | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades | | Licencia Maternidad | | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | No. Autorización | Valor | No. Autorización | Valor | | | | | |
| EPS008 | Compensar EPS | 860066942-7 | 125.000 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 125.000 | 1 |

**TOTALES PENSIÓN**

| Código AFP | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230301 | Porvenir | 800224808-8 | 160.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 160.000 | 1 |

**TOTALES RIESGOS LABORALES**

| Código ARL | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Incapacidades | | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | No. Autorización | Valor | | | | | | | | | | |
| 14-25 | Riesgos prof Colmena | 800226175-3 | 24.400 | | | | 24.400 | 0 | 0 | 24.400 | | | 244 | 24.400 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CCF24 | Compensar Caja | 860066942-7 | 20.000 | 0 | 0 | 20.000 | 1 |

**TOTALES PARAFISCALES**

| Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|
| SENA | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | | | | |
| | | | | |
| MEN | | | | |
| | | | | |

**TOTALES POR SUBSISTEMA**

| Tipo Administradora | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
|---|---|---|---|
| Salud | 1 | 125.000 | 125.000 |
| Pensión | 1 | 160.000 | 160.000 |
| Riesgos Laborales | 1 | 24.400 | 24.400 |
| CCF | 1 | 20.000 | 20.000 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 4 | 329.400 | 329.400 |

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

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 39715456 | BLANCA JANETH MARTINEZ CARO | | CALLE 48 K SUR N 3 62 APTO 101 | 3204168925 | janeth.martinez.ips@gmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2022-11 | 2022-11 | I | 09/12/2022 | 63616354 | $329.400 | |

## ETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colom. exterior | Exonerado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Cotización | Voluntario Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| CC | 39715456 | MARTINEZ CARO BLANCA JANETH | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 1.000.000 | 160.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS008 | 1.000.000 | 125.000 | 14-25 | 1.000.000 | 3 | 24.400 | CCF24 | 1.000.000 | 20.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

HOSPITAL SANTA CLARA

# DEL 16 DE NOVIEMBRE AL 15 DE DICIEMBRE DE 2022

FLOR INES RODRIGUEZ BELTRAN

## INFORME CUALITATIVO DE ACTIVIDADES (INDICAR QUE CLASE DE ACTIVIDADES REALIZO CADA DIA).

| No. | ACTIVIDAD | MES | NOVIEMBRE | | | | | | | | | | | | | | | DICIEMBRE | | | | | | | | | | | | | | COMENTARIOS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | DIA | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | |
| | | | MIÉRCOLES | JUEVES | VIERNES | SÁBADO | DOMINGO | LUNES | MARTES | MIÉRCOLES | JUEVES | VIERNES | SÁBADO | DOMINGO | LUNES | MARTES | MIÉRCOLES | JUEVES | VIERNES | SÁBADO | DOMINGO | LUNES | MARTES | MIÉRCOLES | JUEVES | VIERNES | SÁBADO | DOMINGO | LUNES | MARTES | MIÉRCOLES | JUEVES | |
| 1 | Facturacion ventanilla | | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | x | | X | X | X | X | X | | | X | X | X | | X | | | | | | | |
| 2 | Verificacion Comprobadores | | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | x | | X | X | X | X | X | | | X | X | X | | X | | | | | | | |
| 3 | Digiturnos | | X | X | X | | | X | X | X | X | X | | | X | X | X | X | X | | | X | X | X | | X | | | | | | | |
| 4 | Ordenes de ambulancia | | | | X | | | | | | X | | | | | | | | | | | | X | | | X | | | | | | | |
| 5 | Cotizaciones | | X | X | X | | | X | X | X | X | X | | | X | X | X | X | X | | | X | X | X | | X | | | | | | | |
| 6 | Bancos de sangre | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | Cargue de laboratorios Clinicos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | X | | | | | | | |
| 8 | Amarre de facturas en ventanilla | | X | X | X | X | | X | X | X | X | X | | | X | X | X | X | X | | | X | X | X | | X | | | | | | | |
| 9 | Agenda anticipada de laboratorios Clinicos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | X | | | | | | | |

## INFORME CUANTITATIVO DE ACTIVIDADES (INDICAR EN NUMERO QUE CANTIDAD DE ACTIVIDADES REALIZO CADA DIA).

| No. | ACTIVIDAD | MES | NOVIEMBRE | | | | | | | | | | | | | | | DICIEMBRE | | | | | | | | | | | | | | TOTAL POR ACTIVIDAD | COMENTARIOS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | DIA | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | | |
| | | | MIÉRCOLES | JUEVES | VIERNES | SÁBADO | DOMINGO | LUNES | MARTES | MIÉRCOLES | JUEVES | VIERNES | SÁBADO | DOMINGO | LUNES | MARTES | MIÉRCOLES | JUEVES | VIERNES | SÁBADO | DOMINGO | LUNES | MARTES | MIÉRCOLES | JUEVES | VIERNES | SÁBADO | DOMINGO | LUNES | MARTES | MIÉRCOLES | JUEVES | | |
| 1 | Facturacion ventanilla | | 28 | 25 | 18 | 10 | | 30 | 22 | 29 | 22 | 16 | 7 | | 24 | 22 | 15 | | 20 | | | 28 | 31 | 27 | | 37 | | | | | | | 411 | |
| 2 | Verificacion comprobadores | | 472 | 392 | 348 | 272 | 32 | 508 | 448 | 476 | 528 | 208 | 148 | | 448 | 508 | 220 | 520 | 240 | | | 432 | 124 | 416 | | 348 | | | | | | | 7.088 | |
| 3 | Digiturnos | | 28 | 25 | 18 | | | 30 | 22 | 29 | 22 | | | | 24 | 22 | 15 | | | | | 28 | 31 | 27 | | 37 | | | | | | | 358 | |
| 4 | Ordenes de ambulancia | | 1 | | | | | 1 | | | | | | | | 1 | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | 4 | |
| 5 | Cotizaciones | | 1 | | 1 | | | 2 | 1 | 1 | 3 | | | | 1 | 3 | | | | | | | | 2 | | | | | | | | | | 15 | |
| 6 | Bancos de sangre | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | |
| 7 | Cargue de laboratorios Clinicos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 5 | | | | | | | 5 | |
| 8 | Amarre de facturas en ventanilla | | 90 | 73 | 70 | 58 | 8 | 97 | 90 | 90 | 110 | 36 | 30 | | 88 | 105 | 40 | 130 | 40 | | | 80 | | 77 | | 45 | | | | | | | 1.357 | |
| 9 | Agenda anticipada de laboratorios Clinicos | | 90 | 73 | 70 | 58 | 8 | 97 | 90 | 90 | 110 | 36 | 30 | | 88 | 105 | 40 | 130 | 40 | | | 80 | | 77 | | 45 | | | | | | | 1.357 | |
| TOTAL POR DIA | | | 710 | 588 | 525 | 398 | 48 | 765 | 673 | 715 | 795 | 296 | 215 | 0 | 673 | 766 | 330 | 780 | 340 | 0 | 0 | 649 | 186 | 626 | 0 | 517 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 10.595 | |

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

# HISTORIA CLINICA PLAN CANGURO

**FECHA DE FOLIO:** 01/12/2022 11:44:47 a. m. **N° FOLIO:** 151

**Nombre Paciente:** THIAGO CORTES LOPEZ **Identificación:** 1023989729 **Sexo:** Masculino

**INTERVENCION DE ENFERMERIA**

**DIAGNOSTICO MOTIVO O CAUSA**

**INGRESO A URGENCIAS ANTES DE LAS 40 SEMANAS**

**EDUACION EN:**

- ☐ SIGNOS DE ALARMA
- ☐ APEGO
- ☐ MEDICAMENTOS
- ☐ POSICION CANGURO
- ☐ ALIMENTACION
- ☐ MEDIDAS DE PREVENSION IRA
- ☐ CUIDADOS OXIGENO EN CASA
- ☐ PREVENCION DE ACCIDENTES
- ☐ LACTANCIA MATERNA
- ☐ PUERICULTURA
- ☐ DERECHOS Y DEBERES

**HOSPITALIZACION**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| HOSPITALIZADO | | FASE | | DX | |
| | | FASE | | DX | |
| | | FASE | | DX | |

**CONTROLES PERIODICOS**

| FECHA | Edad Corregida | P. Oms | P. Fentom | Peso | Ganancia por dia | Perdida | Talla | P. Fentom 2 | P. Oms 2 | P. Fentom 3 | P. Oms 3 | Frecuencia Cardiaca | Saturacion | Perimetro Cefálico | Fi o2 | Indicación | Total Controles |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**CONTROL DE OXIMETRIA**

| | | | |
|---|---|---|---|
| FECHA CONTROL | | VALOR DORMIDO | |
| FECHA INICIO | | FECHA RETIRO | |
| ITRN | | TOTAL DIAS CON O2 | |
| SDR | | OBSERVACION | |
| CTIP | | INICIA DESTETE | |
| DBP | | NO RETIRAR POR ORDEN MEDICA | |
| EDAD CORREGIDA | | CONTROL SEMANAL HASTA INICIAR DESTETE | |
| DESPIERTO | FASE DX | SE AUMENTA CONCENTRACION POR TAQUICARDIA | |
| VALOR DESPIERTO | FASE DX | NO SE RETIRA O2 POR FALTA DE ECO | P. Oms / Frecuencia / Saturacion / Perimetro / Fi o2 / Indicación / Total Controles |
| SUCCION | FASE DX | SE RETIRO O2 EN HOSPITALIZACION | |
| VALOR SUCCION | | | |
| DORMIDO | P. Oms / P. Fentom / P. | | |

**TERMINACION DE FASE Y EGRESO DEL PROGRAMA**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| TERMINO FASE 1 | | FECHA EGRESO | | CAUSA | LACTANCIA EXCLUSIVA |
| PESO | | TALLA | | PERIMETRO CEFALICO | DESVIACION ESTANDAR |
| TERMINO FASE 2 | | FECHA EGRESO | | CAUSA | |
| TERMINO FASE 3 | | FECHA EGRESO | | CAUSA | |
| LACTANCIA MATERNA DURANTE LOS PRIMEROS 3 MESES | | LACTANCIA MATERNA DURANTE LOS PRIMEROS 6 MESES | | | |
| FECHA DE EGRESO DEL PROGRAMA | | DESTINO | | | |

**ANTECEDENTES**

| Tipo | Fecha | Observaciones |
|---|---|---|
| | | |

LICENCIADO A: [SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.] NIT [900959051-7]