

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: PS 0066 2018 C.D.P. No.: 6 Proceso al que pertenece: GESTION HOSPITALARIA
Unidad a la que pertenece: UNIDAD SANTA CLARA

Nombre del Contratista: CAROLINA BARRERA GONZALEZ C.C. 52 360 361 de: BOGOTA

Fecha Inicio: 2018-01-10 Fecha Terminación inicial: 2018-06-09 Valor Mensual: \$ 2.901.600 Valor a cobrar: \$ 2.901.600

ADICIÓN/ OTROSÍ	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
0				
0				
0				
0				
1	\$ 2.761.200	2097	10/06/2018	09/07/2018
2	\$ 0	0	10/07/2018	09/08/2018
0				
0				
0				
0				
3	\$ 3.853.200	3778	2018-11-10	2018-12-15
3	\$ 3.697.200	4019	16/12/2018	15/01/2019
8	\$ 1.560.000	62	16/01/2019	31/01/2019

N° CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	ENERO	\$ 2.059.200	\$ 359.300	24700877 - 24966792
2	FEBRERO	\$ 3.322.800	\$ 670.200	24700877-25398667
3	MARZO	\$ 2.808.000	\$ 347.800	26137902
4	ABRIL	\$ 2.901.600	\$ 359.700	26844526
5	MAYO	\$ 2.901.600	\$ 361.600	8327235060
6	JUNIO	\$ 2.901.600	\$ 433.200	28144170
7	JULIO	\$ 0	\$ 0	0
8	AGOSTO	\$ 0	\$ 0	0
9	SEPTIEMBRE	\$ 0	\$ 0	0
10	OCTUBRE	\$ 0	\$ 0	0
11	NOVIEMBRE	\$ 2.808.000	\$ 347.800	31280378
12	DICIEMBRE	\$ 2.901.600	\$ 359.700	31738414
13	ene-19	\$ 2.901.600	\$ 383.000	32233666
14				

Resumen de contrato	VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
	\$ 14.133.600	\$ 26.005.200	\$ 25.506.000	\$ 499.200

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES DE MANERA PERSONAL Y AUTONOMA, EN SU CONDICIÓN DE TERAPEUTA RESPIRATORIA PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES Y DEMÁS ASIGNADAS, 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: 2018-12-01 Hasta: 2018-12-31

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1 Realizar las actividades diagnósticas y terapéuticas para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de cada paciente.	Realizo las actividades diagnósticas y terapéuticas para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de cada paciente.
2 Realizar el manejo integral a los pacientes hospitalizados, ambulatorios y urgencias, sala ERA interconsultados.	Realizo el manejo integral a los pacientes hospitalizados, ambulatorios y urgencias, sala ERA interconsultados.
3 Realizar tratamiento y seguimiento a los pacientes valorados.	Realizo tratamiento y seguimiento a los pacientes valorados.
4 Dar pautas de manejo y educación a las madres y/o familiares de los pacientes valorados.	Dooy pautas de manejo y educación a las madres y/o familiares de los pacientes valorados.
5 Velar por el uso racional de los elementos de Terapia Respiratoria.	Velo por el uso racional de los elementos de Terapia Respiratoria.
6 Realizar los seguimientos telefónicos a pacientes menores de 5 años con dx ERA atendidos en urgencias, hospitalización, consulta externa.	Realizo los seguimientos telefónicos a pacientes menores de 5 años con dx ERA atendidos en urgencias, hospitalización, consulta externa.
7 Control de oximetría en pacientes del programa de crónicos de oxígeno domiciliario del hospital.	Control de oximetría en pacientes del programa de crónicos de oxígeno domiciliario del hospital.
8 Elaborar las estadísticas diarias de las actividades que se realizan y el consolidado mensual para ser entregado en forma oportuna.	Elaboro las estadísticas diarias de las actividades que se realizan y el consolidado mensual para ser entregado en forma oportuna.
9 Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica	Cumplo con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica
10 Participar en las actividades de revista, caso clínico con el fin de evaluar y en caso de ser necesario ajustar el plan individual de rehabilitación/rehabilitación del usuario ambulatorio u hospitalizado.	Participo en las actividades de revista, caso clínico con el fin de evaluar y en caso de ser necesario ajustar el plan individual de rehabilitación/rehabilitación del usuario ambulatorio u hospitalizado.
11 Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad	Reporto los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.
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.	Notifico 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.
13 Velar por el seguimiento de las normas de bioseguridad, salud ocupacional y gestión ambiental.	Velo por el seguimiento de las normas de bioseguridad, salud ocupacional y gestión ambiental.
14 Direccional y/o asignar plan casero o actividades para realizar en casa a los pacientes que lo requieran y que han sido atendidos.	Direcciono y/o asigno plan casero o actividades para realizar en casa a los pacientes que lo requieran y que han sido atendidos.
15 Realizar manejo de equipos de cuidado intensivo como Cánulas de alto flujo, Ventilación de alta frecuencia, Oxido nítrico, Oxiheliox y Fibrobroncoscopia. 15. Velar porque la atención sea humana, eficaz, cálida con todos y cada uno de los usuarios que requieran el servicio. 16. Desarrollar las actividades para el fortalecimiento de los centros de tensión primarios (CAPS) en el marco del	Realizo manejo de equipos de cuidado intensivo como Cánulas de alto flujo, Ventilación de alta frecuencia, Oxido nítrico, Oxiheliox y Fibrobroncoscopia. 15. Velo porque la atención sea humana, eficaz, cálida con todos y cada uno de los usuarios que requieran el servicio. 16. Desarrollo las actividades para el fortalecimiento de los centros de tensión primarios (CAPS) en el marco del convenio 1219 de 2017.
16 Portar el carnet institucional de la SUBRED durante la ejecución de las actividades contractuales. 18 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.	17 Porto el carnet institucional de la SUBRED durante la ejecución de las actividades contractuales. 18. Cumplo con todas las medidas de asepsia y antisepsia para el manejo de los dispositivos médicos y comportamiento dentro de las diferentes áreas del servicio.

OBSERVACIONES: HORAS 186.

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

Carolina Barrera
Firma del Contratista

C.C. 52 360 361 de BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS

NOMBRE:	MARIA ESNEIDA ROCHA GAONA
CARGO:	LIDER APOYO TERAPEUTICO
FIRMA:	<i>[Firma]</i>

Último ingreso exitoso: 2019-01-04 / 09:40:19 AM | Último ingreso fallido: 2017-09-13 / 09:07:43 AM

Datos	Empleados	Planillas	Documentos	Reportes	Cesantías	Salir
-------	-----------	-----------	------------	----------	-----------	-------

Periodo Pensión: Enero 2019. Periodo Salud: Enero 2019.

Enero 28 de 2019 / 8:09 AM

[Inicio](#) > [Planillas](#) > [Resumen de pago](#)

Planillas / Resumen de pago

Información básica de la planilla

Empresa:	CAROLINA BARRERA GONZALEZ	Nit:	52360361
Tipo planilla:	I	Periodo liquidación Pensiones	Enero 2019
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	Periodo liquidación Salud:	Enero 2019
Número de radicación:	32233666	Total a pagar:	\$383,000
Fecha de vencimiento:	14/02/2019	Total de empleados:	1
Fecha de pago:	04/01/2019	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:	401150193
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
--------	-----	-----------------	---------------	--	--	--------------

186 Horas
\$2.901.600

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

Imprimir transacción

 ISO / IEC
27001

Su dirección IP actual es: **186.154.209.130**