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: 01

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 0078 2018	**C.D.P. No.:**	6	**Proceso al que pertenece:**	GESTION HOSPITALARIA
				Unidad a la que pertenece:	UNIDAD SANTA CLARA

Nombre del Contratista: JUDY CARINA ALBARRACIN ARCHILA **C.C.** 52.348.848 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2018-01-10 **Fecha Terminación incial:** 2018-06-09 **Valor Mensual:** $ 2.808.000 **Valor a cobrar:** $ 2.808.000

ADICIÓN/ OTROSI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
0				
0				
0				
0				
1	$ 2.995.200	2097	10/06/2018	09/07/2018
2	$ 3.088.800	2354	10/07/2018	09/08/2018
0				
3	$ 2.808.000	2668	2018-08-10	2018-09-09
4	$ 2.776.800	2950	10/09/2018	09/10/2018
5	$ 3.042.000	3519	2018-10-10	2018-11-09
6	$ 2.605.200	3778	2018-11-10	2018-12-15
7	$ 3.775.200	4019	16/12/2018	15/01/2019
8	$ 1.560.000	62	16/01/2019	31/01/2019

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	ENERO	$ 2.059.200	$ 394.700	248700005
2	FEBRERO	$ 2.620.800	$ 324.900	25578020
3	MARZO	$ 2.808.000	$ 347.600	26179751
4	ABRIL	$ 2.808.000	$ 347.600	26863027
5	MAYO	$ 2.995.200	$ 310.700	27414255
6	JUNIO	$ 2.808.000	$ 347.600	28158774
7	JULIO	$ 2.808.000	$ 347.600	28740831
8	AGOSTO	$ 2.995.200	$ 370.700	29429549
9	SEPTIEMBRE	$ 2.808.000	$ 347.600	30064023
10	OCTUBRE	$ 2.808.000	$ 347.600	30064023
11	NOVIEMBRE	$ 2.808.000	$ 347.600	31272929
12	DICIEMBRE	$ 2.995.200	$ 370.700	31820343
13	ene-19	$ 2.808.000	$ 370.700	31820343
14				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 14.133.600	$ 36.784.800	$ 36.129.600	$ 655.200

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.	Doy 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 progama de crónicos de oxigeno domiciliario del hospital.	Control de oximetría en pacientes del progama de crónicos de oxigeno domiciliario del hospital.
8	Elaborar la estadisticas diarias de las actividades que se realizan y el consolidado mensual para ser entregado en forma oportuna.	Elaboro las estadisticas 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 clinica	Cumplo con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clinica
10	Participar en las actividadesde revista, caso clinico con el fin de evaluar y en caso de ser necesario ajustar el plan individual de habilitación/rehabilitación del usuario ambulatorio u hospitalizado.	Participo en las actividadesde revista, caso clinico con el fin de evaluar y en caso de ser necesario ajustar el plan individual de habilitación/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	Direccionar 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 nitrico, 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 tención primarios (CAPS) en el marco del	Realizo manejo de equipos de cuidado intensivo como Cánulas de alto flujo, Ventilación de alta frecuencia, Oxido nitrico, 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 tención 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 areas 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 areas del servicio.

OBSERVACIONES: HORAS 180.

Se anexa certificacion 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

Judy C Albarracin A
Firma del Contratista

C.C. 52.348.848 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	MARIA ESNEDA ROCHA GAONA
CARGO:	LIDER APOYO TERAPEUTICO
FIRMA	

Planillas / Resumen de pago

Información básica de la planilla

Empresa:	JUDY CARINA ALBARRACIN ARCHILA	**Nit:**	52348848
Tipo planilla:	I	**Periodo liquidación Pensiones**	Diciembre 2018
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	Diciembre 2018
Número de radicación:	31820343	**Total a pagar:**	$394,700
Fecha de vencimiento:	10/01/2019	**Total de empleados:**	1
Fecha de pago:	11/12/2018	**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:**	394099425
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	$29,200
25-14	900336004	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	1		$0.00	$191,700
CCF24	860066942	Compensar Caja de Compensacion Fliar	1		$0.00	$24,000
EPS008	860066942	Compensar EPS	1		$0.00	$149,800
						$394,700

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

»Ver planillas pa pagar

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

370.700

Exportar reporte a Excel Exportar reporte a PDF

HORAS 180

$2.808.000

Todos los derechos reservados © 2019 . Compensar - Cenet S.A.