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 5238 2023 | **C.D.P. No.:** | 2351 | **Proceso que pertenece:** | MISIONAL |
| | | | | **Servicio al que pertenece:** | UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO |
| | | | | **Unidad a la que pertenece:** | USS LA VICTORIA |

**Nombre del Contratista:** CAMILA ANDREA SANCHEZ GALVIS **C.C.** 1,032,500,926 **de:** BOGOTÁ

**Fecha Inicio:** 2023-03-05 **Fecha Terminación inicial:** 2023-05-20 **Valor Mensual:** $ 4,232,040 **Valor a cobrar:** $ 4,232,040

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | $ 4,232,040 | 2114 | 2023-06-06 | 2023-08-05 |
| 2 | $ 2,116,020 | 2351 | 2023-08-06 | 2023-08-20 |
| 3 | $ 1,692,816 | | 2023-08-21 | 2023-09-05 |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |
| 14 | | | | |
| 15 | | | | |
| 16 | | | | |
| 17 | | | | |
| 18 | | | | |
| 19 | | | | |
| 20 | | | | |

| N° CTA | MES DE CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR | VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL | NÚMERO DE PLANILLA | FECHA DE PAGO PLANILLA |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | MAYO | $ 2,962,428 | $ 704,000 | 1054037924 | 12.04.2023 |
| 2 | JUNIO | $ 4,232,040 | $ 367,700 | 1055391373 | 09.06.2023 |
| 3 | JULIO | $ 4,232,040 | $ 526,400 | 1032500926 | 14.07.2023 |
| 4 | AGOSTO | $ 4,232,040 | $ 525,900 | 1056810437 | 11.08.2023 |
| 5 | | | | | |
| 6 | | | | | |
| 7 | | | | | |
| 8 | | | | | |
| 9 | | | | | |
| 10 | | | | | |
| 11 | | | | | |
| 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 |
|---|---|---|---|
| $ 23,731,200 | $ 31,772,076 | $ 15,658,548 | $ 16,113,528 |

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

**OBJETO DEL CONTRATO**

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE
SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

**Relación de actividades para el periodo:** **Desde:** 2023-08-01 **Hasta:** 2023-08-31

| | OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta) | DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 1 | Realizar las actividades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos determinados dentro del plan de manejo de su especialidad, con alto nivel científico, ético y humano, de una manera oportuna y pertinente, en correspondencia con las necesidades de los pacientes, y teniendo en cuenta que todas las decisiones clínicas generadas en la atención médica procurarán el mejoramiento de la salud del paciente. | Se ejecutaron las actividades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos determinados dentro del plan de manejo, con un alto nivel científico, ético y humano, de una manera oportuna y pertinente, en correspondencia con las necesidades de los pacientes, y teniendo en cuenta que todas las decisiones clínicas generadas en la atención médica, procuraran el mejoramiento de la salud del paciente | Registros de historia clínica electrónica en el sistema de información Dinamica Gerencial Hospitalaria, firmadas electrónicamente con mis credenciales (usuario y contraseña). |
| 2 | Brindar una atencion en salud con oportunidad, integridad, suficiencia y pertinencia, en un ambiente de atencion personalizada y humanizada, cumpliendo con el principio de equidad y con enfasis en las actividades, procedimientos, protocolos, intervenciones y guias de atencion, de acuerdo a los estandares de habilitacion y acreditacion. | Los pacientes asignados fueron atendidos oportuna e integralmente, individualizando el plan de manejo en términos de suficiencia y pertinencia de acuerdo con las necesidades individuales, cumpliendo con el principio de equidad inherente a las actividades, procedimientos, protocolos, intervenciones y guias de atención institucionales para cumplir con los estándares de habilitación y procurando alcanzar los definidos para la acreditación. | Registros de historia clínica electrónica en el sistema de información Dinamica Gerencial Hospitalaria, firmadas electrónicamente con mis credenciales (usuario y contraseña). |
| 3 | Realizar las actividades según las necesidades de la subred dando cubertura en todas las unidades en donde se oferta el servicio y sea requerido | Las actividades programadas se desarrollaron según las necesidades de la subred, dando cubertura en todas las unidades donde fueron requeridos los servicios. | Cuadros de programación de actividades firmados por el referente de servicio y la dirección de hospitalización de la Subred |
| 4 | Informar al paciente y su familia sobre la condición clínica, plan de manejo, atención y recomendaciones de egreso, conocer el grado de satisfacción sobre los servicios prestados y resolver inquietudes relacionadas con el proceso de atención. | Se informó al paciente y su familia sobre la condición clínica, plan de manejo, atención y recomendaciones de egreso, preguntando a los usuarios sobre su satisfacción con los servicios prestados y resolviendo las inquietudes relacionadas con el proceso de atención. | Registros de historia clínica electrónica en el sistema de información Dinamica Gerencial Hospitalaria, firmadas electrónicamente con mis credenciales (usuario y contraseña). |
| 5 | Diligenciar el registro de las actividades, procedimientos e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la institución y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación. | Las actividades, procedimientos e intervenciones desarrolladas quedan registradas en el módulo de historias clínicas del sistema de información Dinámica Gerencial Hospitalaria, de modo que es posible obtener los informes estadísticos que la institución requiera. Los mismos registros constituyen el insumo requerido en los procesos de costeo y facturación. | Registros de historia clínica electrónica en el sistema de información Dinamica Gerencial Hospitalaria, firmadas electrónicamente con mis credenciales (usuario y contraseña). |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 6 | Respetar los derechos del paciente, cumplir el código de ética médica y las disposiciones legales pertinentes propias de los servicios en donde se preste la atención | Durante el proceso de atención se respetaron los derechos del paciente, y se aplicó lo dispuesto en la Ley de ética médica, atendiendo a las demás disposiciones legales aplicables a la práctica profesional. | Registros de historia clínica electrónica en el sistema de información Dinamica Gerencial Hospitalaria, firmadas electrónicamente con mis credenciales (usuario y contraseña). |
| 7 | Realizar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación e impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados | Se impartieron las instrucciones al equipo de salud para el seguimiento y control de los pacientes a cargo. | Registros de historia clínica electrónica en el sistema de información Dinamica Gerencial Hospitalaria, firmadas electrónicamente con mis credenciales (usuario y contraseña). |
| 8 | Emitir conceptos médicos que se le requieran, realizar resúmenes de historia clínica, epicrisis u otros documentos asistenciales o administrativos que sean solicitados. | Se emitieron los conceptos médicos en las valoraciones, evoluciones, epicrisis y demás registros clínicos, documentos asistenciales y administrativos requeridos para garantizar la prestación de los servicios. | Registros de historia clínica electrónica en el sistema de información Dinamica Gerencial Hospitalaria, firmadas electrónicamente con mis credenciales (usuario y contraseña). |
| 9 | Diligenciar en forma completa, oportuna, sistematizada y legible la historia clínica del paciente (en los casos en que se presenten fallas del sistema, los formatos) , consentimiento informado, reportes de estudios y demás registros propios de su actuar, de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente, los procedimientos de auditoria y demás directrices relacionadas con el manejo de historias clínicas y respaldando todas las actuaciones realizadas al paciente con la firma | Los registros clínicos se hicieron completos y oportunos, con una correcta redacción y digitación en la historia clínica electrónica del paciente, respaldando lo actuado con la firma electrónica resguardada con mi usuario personal e intransferible y la respectiva contraseña. Los formatos manuales se cumplimentaron en todos sus campos garantizando legibilidad y responsabilizándome de lo registrado con firma, nombre y número de documento. | Registros de historia clínica electrónica en el sistema de información Dinamica Gerencial Hospitalaria, firmadas electrónicamente con mis credenciales (usuario y contraseña). |
| 10 | Garantizar la debida reserva de la información del paciente y de los registros clínicos. | La custodia de la información contenida en historia clínica se garantiza mediante los protocolos de seguridad del sistema de información. Se mantuvo la reserva de información clínica en los terminos de la Resolución 1995/1999. | Registros de historia clínica electrónica en el sistema de información Dinamica Gerencial Hospitalaria, firmadas |
| 11 | Utilizar de manera adecuada los equipos, elementos e instalaciones y los recursos que la subred aporte al desarrollo de las actividades contratadas y responder por su reposición o reparación cuando los daños se ocasionen por negligencia o inadecuada manipulación de los mismos. | Los equipos, elementos e instalaciones puestos a disposición para el desarrollo de mis actividades fueron usados racionalmente, no se presentaron daños ocasionados en cumplimiento o con ocasión de la prestación de mis servicios a la Subred. | Reportes de tecnovigilancia y activos fijos. |
| 12 | Reportar al área de Recursos Físicos – Activos Fijos de la SUBRED, los equipos de propiedad del contratista, que se destine a las actividades asistenciales. | Los equipos de mi propiedad destinados al cumplimiento de las actividades asistenciales permanecen bajo mi custodia y son retirados de la institución al concluir las actividades. No uso equipo para el cumplimiento de mi objeto contractual que requiera ser reportado a Activos Fijos. | No aplica documentación o evidencia para esta obligación. |
| 13 | El contratista deberá responder por la seguridad y mantenimiento de los equipos que se encuentran bajo su custodia. | La Subred no me ha encargado la custodia de equipos para el cumplimiento de mis actividades contractuales. | No aplica documentación o evidencia para esta obligación. |
| 14 | Participar en la elaboración de respuestas a reclamaciones y requerimientos que se presenten en desarrollo de la atención que se obliga a prestar a los usuarios o pacientes que demanden el servicio. | Se participa en la elaboración de respuestas a reclamaciones y requerimientos cuando esta actividad es requerida por el líder del servicio. | No fui requerido para elaboración de respuesta a reclamaciones durante el periodo certificado. |
| 15 | Prestar el apoyo necesario para dar respuesta a objeciones iniciales evitando así que se genere Glosa Definitiva o procesos de Conciliación por parte de EPS-S- | Cuando lo requiere el líder del servicio se presta el apoyo necesario para dar respuesta a objeciones iniciales evitando así que se genere Glosa Definitiva o procesos de Conciliación por parte de EPS-S- EAPB. | No fui requerido para elaboración de respuesta a objeciones iniciales durante el periodo |
| 16 | Notificar los sucesos de seguridad que se presenten durante el proceso de atención, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio. | Cuando se identifican sucesos de seguridad, se reportan en la plataforma institucional dispuesta para este fin. | Reportes en aplicativo de reporte de sucesos de seguridad. |
| 17 | Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente. | Se reportaron los eventos de notificación obligatoria de manera oportuna durante el periodo certificado. | Registros de auditoria de oportunidad y calidad de la oficina de epidemiología. |
| 18 | Apoyar las actividades de docencia de servicio en la revista médica u otro espacio dirigidas a los estudiantes y/o personal del servicio, para el desarrollo y formación del recurso humano en salud, si aplica. | (NO) Se desarrollaron actividades de docencia durante la revista médica para la formación del recurso humano en salud. | No hay personal en formación asignado al servicio, debido a la emergencia sanitaria por la atención de pacientes con COVID-19 |
| 19 | Instruir a la comunidad sobre la prevención de las enfermedades propias de su especialidad. | Se educa a la comunidad, representada por el paciente y sus familiares, sobre la prevención de las enfermedades propias de mi especialidad. | Registros de historia clínica electrónica en el sistema de información Dinamica Gerencial Hospitalaria, firmadas electrónicamente con mis credenciales (usuario y contraseña). |
| 20 | Asistir a las jornadas de capacitación, inducción, reuniones, comités y eventos a los cuales sea convocado. | Participé en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones, comités y eventos a los que fui convocado. | Capacitaciones y exámenes virtuales enviados desde correo electrónico: hospitalizacionsanblas@subredcentrooriente.gov.co |
| 21 | Informar al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de sus obligaciones. | Se informó al supervisor del contrato sobre las novedades presentadas durante el cumplimiento de mis obligaciones. | Reporte de novedades al supervisor de contrato a la dirección de correo electrónico institucional hospitalizacionsanblas@subredcentrooriente.gov.co |
| 22 | Facilitar las labores de supervisión que la SUBRED, realice en forma directa por la Subdirección de Servicios de Salud, la Oficina de Calidad y/o a través de terceros. | Mantuve comunicación permanente con el supervisor del contrato para facilitar las labores de verificación de cumplimiento de actividades y obligaciones. | Entrega de turno y Reporte de novedades al supervisor de contrato a la dirección de correo electrónico institucional |
| 23 | Cumplir oportunamente las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demás solicitudes de la Supervisión y de la Oficina de Garantía de Calidad. | Se cumplió oportunamente con las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demás solicitudes de la Supervisión y de la Oficina de Garantía de Calidad. | Respuesta a comunicaciones del supervisor de contrato a la dirección de correo electrónico institucional hospitalizacionsanblas@subredcentro ori |
| 24 | Acreditar inscripción en el RETHUS Y MIPRES. | Se acredita la inscripción a RETHUS y MIPRES al inicio del contrato. | Documentos del proveedor en la plataforma del sistema electrónico de contratación pública "SECOP II" |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 25 | Portar el carnet institucional de la SUBRED durante la ejecución de las actividades contractuales. | Se porta el carné de identificación institucional durante el desarrollo de las actividades asistenciales, de acuerdo con lo establecido según el área de servicio en cuanto a cumplimiento de medidas de bioseguridad. | Minutas de la empresa de seguridad. |
| 26 | Prestar el servicio de conformidad con la programacion de agendad acordada con el supervisor del contrato , para el desarrollo de sus actividades. | Se cumplió la programación de actividades agendaddas y acordadas con el supervisor del contrato | Cuadros de programación de actividades firmados por el referente de servicio y la dirección de hospitalización de la Subred y comunicación de novedades al supervisor de contrato enviadas al correo electrónico institucional hospitalizacionsanblas@subredcentroori |
| 27 | Participar en las investigaciones y estudios específicos de casos tendientes a resolver causas y soluciones a problemas propios de su especialidad relacionados . Prestar sus servicios para el desarrollo de las actvidades en el marco del convenio interadministrativo de desempeño No 0003 de 2021 suscrito entre el fondo financiero distrital de salud y la | "No se desarrollaron actividades de investigacion ni estudios especificos relacionados con mi especialidad. " | No hay actividades de investigación ni estudios específicos relacionados con mi especialidad. Se realizo la prestacion de servicios para el desarrollo de las actividades |

**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.

Carolo Sanchez G.

**Firma del Contratista**

**C.C.** 1.032.500.926 **de** BOGOTÁ

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 1 | |
|---|---|
| **NOMBRE:** | SAUL ARDILA |
| **CARGO:** | DIRECTO TECNICO DE SERVICIOS |
| **FIRMA** | |

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 2 | |
|---|---|
| **NOMBRE:** | SAUL ARDILA |
| **CARGO:** | DIRECTO TECNICO DE |
| **FIRMA** | |

## Transacción Aprobada

Su planilla ha sido enviada y pagada con éxito. Por favor imprima este comprobante como soporte del envío y pago de su planilla.

Simple

| Información de la Planilla Pagada | |
|---|---|
| **Nit de comercio Operador de Información** | 900097333-9 |
| **Razón Social del Operador de Información** | SIMPLE S.A. |
| **Descripción** | Pago de SuAporte |
| **Fecha** | 2023-08-11, 09:03:58 AM |
| **Periodo de Cotización Otros Riesgos** | julio de 2023 |
| **Periodo de Cotización Para Salud** | julio de 2023 |
| **Empresa** | CAMILA ANDREA SANCHEZ GALVIS |
| **CEDULA CIUDADANIA** | CC 1032500926 |
| **Código Sucursal (Nombre)** | ( ) |
| **Referencia de Pago/ Número Planilla** | 1056810437 |
| **Tipo de Planilla** | I |
| **Número Transacción Bancaria/ CUS** | 96996153 |
| **Banco** | (1007) - BANCOLOMBIA |
| **Valor** | $ 525.900 |
| **Estado de la Transacción** | Aprobada |
| **Dirección IP de Origen** | www.simple.co |

| Nit | Código | Administradora | Número Afiliados | Valor sin Mora | Total Intéreses Mora |
|---|---|---|---|---|---|
| N900336004 | 25-14 | COLPENSIONES | 1 | $ 270.900 | $ 1.000 |
| N900156264 | EPS037 | NUEVA EPS | 1 | $ 211.700 | $ 800 |
| N890903790 | 14-11 | ARL SURA | 1 | $ 41.300 | $ 200 |
| | | | | | |
| | | | **SubTotales:** | $ 523.900 | $ 2.000 |
| | | | **Total a Pagar:** | | $ 525.900 |



Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

**Cuenta de cobro**

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

**Nit. 900.959.051-7**

**DEBE A:**
CAMILA ANDREA SANCHEZ GALVIS
C.C. 1032500926 de Bogotá

**LA SUMA DE:**

**CUATRO MILLONES DOSCIENTOS TREINTA Y DOS MIL CUARENTA PESOS ($4'232.040)**

Por concepto de:

- Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No PS 5238 de 2023 con afiliación ARL RIESGO 3 correspondiente al mes de Agosto de 2023

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

**Cordialmente,**

Camila Sanchez G.

CAMILA ANDREA SANCHEZ GALVIS
C.C: 1032500926
Teléfono: 3112540158
Dirección: Calle 64 A # 52-53
Número de cuenta: 82453408333
Tipo de cuenta: Ahorros
Banco: Bancolombia
Fecha de generación de cuenta: 31/08/2023