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 1119 2019 **C.D.P. No.:** 109

**Proceso al que pertenece:** GESTION HOSPITALARIA

**Unidad a la que pertenece:** UNIDAD SANTA CLARA

**Nombre del Contratista:** ANGELA MARIA MONTIEL OSORIO **C.C.** 52.337.136 **de:** BOGOTA

**Fecha Inicio:** 2019-02-01 **Fecha Terminación incial:** 2019-07-31 **Valor Mensual:** $ 3.090.432 **Valor a cobrar:** $ 3.090.432

| ADICIÓN/ OTROSI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 0 | | | | |
| 0 | | | | |
| 0 | | | | |
| 0 | | | | |
| 0 | | | | |
| 0 | | | | |
| 0 | | | | |
| 1 | $ 5.244.864 | 1756 | 01/08/2019 | 30/09/2019 |
| 0 | | | | |
| 2 | $ 3.090.432 | 2304 | 01/10/2019 | 30/11/2019 |
| 3 | $ 2.800.704 | 2792 | 18/10/2019 | 30/11/2019 |
| 4 | $ 2.993.856 | 3175 | 01/12/2019 | 31/12/2019 |

| Nº CTA | MES DE CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR | VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL | NÚMERO DE PLANILLA |
|---|---|---|---|---|
| 0 | | | | |
| 1 | FEBRERO | $ 2.620.800 | $ 363.400 | 8489317354 |
| 2 | MARZO | $ 2.901.600 | $ 328.200 | 8490467037 |
| 3 | ABRIL | $ 2.901.600 | $ 363.600 | 8491418699 |
| 4 | MAYO | $ 2.901.600 | $ 350.400 | 8492474506 |
| 5 | JUNIO | $ 2.808.000 | $ 362.700 | 8493694955 |
| 6 | JULIO | $ 2.901.600 | $ 351.600 | 849484601 |
| 7 | AGOSTO | $ 3.090.432 | $ 359.200 | 8496005715-8496018528 |
| 8 | SEPTIEMBRE | $ 2.800.704 | $ 385.600 | 8496949290 |
| 9 | OCTUBRE | $ 2.993.856 | $ 345.900 | 8498003351 |
| 10 | NOVIEMBRE | $ 2.800.704 | $ 373.100 | 8499213268 |
| 11 | DICIEMBRE | $ 3.090.432 | $ 346.700 | 9400819466 |
| 13 | ENERO 1-9 | $ 0 | $ 0 | 0 |

**Resumen de contrato**

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 17.971.200 | $ 32.101.056 | $ 31.811.328 | $ 289.728 |

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

**OBJETO DEL CONTRATO**

PRESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO DE MANERA PERSONAL Y AUTONOMA, EN SU CONDICION DE TERAPEUTA RESPIRATORIA PARA LA EJECUCION DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LOS PROCESOS DE GESTION HOSPITALARIA , URGENCIAS U QUIRURGICOS ,CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVIOCIOS DE LA SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

**Relación de actividades para el periodo:** **Desde:** 2019-12-01 **Hasta:** 2019-12-31

| | OBLIGACIONES ESPECIFICAS (Las estipuladas en la minuta) | DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN |
|---|---|---|
| 1 | 1. Realizar las actividades diagnósticas y terapéuticas para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de cada paciente. | 1. Realizo las actividades diagnósticas y terapéuticas para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de cada paciente. |
| 2 | 2. Realizar el manejo integral a los pacientes hospitalizados, ambulatorios y urgencias, sala ERA interconsultados. | 2. Realizo el manejo integral a los pacientes hospitalizados, ambulatorios y urgencias, sala ERA interconsultados . |
| 3 | 3. Realizar tratamiento y seguimiento a los pacientes valorados. | 3. Realizo tratamiento y seguimiento a los pacientes valorados. |
| 4 | 4. Dar pautas de manejo y educación a las madres y/o familiares de los pacientes valorados. | 4. Doy pautas de manejo y educación a las madres y/o familiares de los pacientes valorados . |
| 5 | 5. Velar por el uso racional de los elementos de Terapia Respiratoria. | 5. Velo por el uso racional de los elementos de Terapia Respiratoria. |
| 6 | 6. Realizar los seguimientos telefónicos a pacientes menores de 5 años con dx ERA atendidos en urgencias, hospitalización , consulta externa. | 6. Realizo los seguimientos telefónicos a pacientes menores de 5 años con dx ERA atendidos en urgencias, hospitalización, consulta externa. |
| 7 | 7. Control de oximetría en pacientes del programa de crónicos de oxigeno domiciliario del hospital. | 7. Control de oximetría en pacientes del programa de crónicos de oxigeno domiciliario del hospital. |
| 8 | 8. Elaborar la estadística diarias de las actividades que se realizan y el consolidado mensual para ser entregado en forma oportuna. | 8. Elaboro la estadística diaria de las actividades que se realizan y el consolidado mensual para ser entregado en forma oportuna. |
| 9 | 9. Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes. | 9. Cumplo con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes. |
| 10 | 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 habilitación / rehabilitación del usuario ambulatorio u hospitalizado. | 10. Participo en las actividades de revista, caso clínico con el fin de evaluar y en caso de ser necesario ajustar el plan individual de habilitación / rehabilitación del usuario ambulatorio u hospitalizado. |
| 11 | 11. Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad | 11. Reporto los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente. |
| 12 | 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 | 12. 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 | 13. Velar por el seguimiento de las normas de bioseguridad, salud ocupacional y gestión ambiental. | 13. Velo por el seguimiento de las normas de bioseguridad, salud ocupacional y gestión ambiental. |
| 14 | 14. Direccionar y/o asignar plan casero o actividades para realizar en casa a los pacientes que lo requieran y que han sido atendidos . | 14. Direcciono y/o asigno plan casero o actividades para realizar en casa a los pacientes que lo requieran y que han sido atendidos. |
| 15 | 15. Realizar manejo de equipos de cuidado intensivo como Cánulas de alto flujo, Ventilación de alta frecuencia, Óxido nítrico, Oxiheliox y Fibrobroncoscopias. | 15. Realizo manejo de equipos de cuidado intensivo como Cánulas de alto flujo, Ventilación de alta frecuencia, Óxido nítrico, Oxiheliox y Fibrobroncoscopias. |
| 16 | 16. Velar porque la atención sea humana, eficaz, cálida con todos y cada uno de los usuarios que requieran el servicio. 17. Desarrollar las actividades para el fortalecimiento de los centros de atención | 16. Velo porque la atención sea humana, eficaz, cálida con todos y cada uno de los usuarios que requieran el servicio. 17. Desarrollo las actividades para el fortalecimiento de los centros de atención primarios (CAPS). 18. Porto el carnet institucional de la SUBRED |

**OBSERVACIONES:**
**HORAS 192**

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

**Firma del Contratista**

**C.C.** 52.337.136 **de** BOGOTA

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS | |
|---|---|
| NOMBRE: | ANGELA MARIA MENDOZA MESA |
| CARGO: | LIDER APOYO TERAPEUTICO |
| FIRMA | |

en línea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 52337136 | | MONTIEL OSORIO ANGELA MARIA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | cll 77 b bis #86 - 89 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 4921507 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2019-11 | 2019-11 | 09313089 | 9400819466 | I | 2019/12/10 | 2019/12/13 | BANCO DE OCCIDENTE | 3 | $347,600 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $179,800 | $400 | $0 | $179,700 |
| PROTECCION | 230201 | 800,229,739 | 0 | 1 | $179,300 | $400 | $0 | $179,700 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $27,300 | $100 | $0 | $27,400 |
| SEGUROS BOLIVAR | 14-7 | 860,002,503 | 2 | 1 | $27,300 | $100 | $0 | $27,400 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $140,100 | $400 | $0 | $140,500 |
| FAMISANAR | EPS017 | 830,003,564 | 7 | 1 | $140,100 | $400 | $0 | $140,500 |
| TOTAL | | | | 1 | $346,700 | $900 | $0 | $347,600 |

192 HORAS
$ 3090.432



2019/12/13 09:45 AM