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
FECHA: 2017-07-07

I. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: PS 1111-2019 **C.D.P. No.:** 109

Proceso al que pertenece: URGENCIAS – HOSPITALIZACION

Unidad a la que pertenece: USS JORGE ELIECER GAITAN

Nombre del Contratista: MARIA MONICA DUSSAN GARCIA **C.C.** 55.158.404 **de:** NEIVA – HUILA

Fecha Inicio: 2019-02-01 **Fecha Terminación incial:** 2019-07-31 **Valor Mensual:** $ 2.961.664 **Valor a cobrar:** $ 2.961.664

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 5.213.664	1756	2019-08-01	2019-09-30
2	$ 3.121.632	2304	2019-10-01	2019-11-30
3	$ 2.832.896	2792	2019-12-01	2019-12-31
4	$ 2.961.664	3175		
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	FEBRERO-19	$ 2.745.600	$ 345.400	8489281704
2	MARZO-19	$ 2.870.400	$ 360.100	8490296523
3	ABRIL-19	$ 2.745.600	$ 345.400	8490369774
4	MAYO-19	$ 2.932.800	$ 368.600	8492517179
5	JUNIO-19	$ 2.808.000	$ 367.100	8492579939-8493535444-8494245287
6	JULIO-19	$ 2.932.800	$ 370.600	8494719562
7	AGOSTO-19	$ 2.961.664	$ 370.600	8494744478
8	SEPTIEMBRE-19	$ 2.961.664	$ 370.600	8495887109
9	OCTUBRE -19	$ 2.961.664	$ 375.500	8498025331
10	NOVIEMBRE-19	$ 2.993.856	$ 375.000	8499104792
11	DICIEMBRE-19	$ 2.961.664	$ 373.800	8499237530
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 17.971.200	$ 32.101.056	$ 31.875.712	$ 225.344

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

OBJETO DEL CONTRATO

/ 2019

Desde: 2019-12-01 **Hasta:** 2019-12-31

:

		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	Se realizarón 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, en las unidades de cuidado crítico, intermedio y/o sala ERA	Se realizó el manejo integral a los pacientes hospitalizados, en las unidades de cuidado crítico, intermedio y/o sala ERA
3	Realizar las valoraciones de los pacientes interconsultados de los diferentes servicios	Se realizarón las valoraciones de los pacientes interconsultados de los diferentes servicios
4	Realizar tratamiento y seguimiento a los pacientes valorados	Se realizó el tratamiento y seguimiento a los pacientes valorados
5	Dar pautas de manejo a las madres y/o familiares de los pacientes valorados	Se dierón pautas de manejo a las madres y/o familiares de los pacientes valorados
6	Cambiar los equipos de oxigenoterapia de las unidades de cuidado intensivo e intermedio cada 72 horas o según el protocolo de la Unidad	Se cambiarón los equipos de oxigenoterapia de las unidades de cuidado intensivo e intermedio cada 72 horas o según el protocolo de la Unidad
7	Velar por el uso racional de los elementos de Terapia respiratoria	Se velo por el uso racional de los elementos de Terapia respiratoria
8	Velar por el manejo adecuado de los ventiladores cumpliendo con las normas de asepsia, de acuerdo a los parámetros de la institución	No se realizó el manejo de ventiladores
9	Elaborar la estadística diaria de las actividades que se realizan y el consolidado mensual para ser entregado el primer día hábil del mes	Se elaboró la estadística diaria de las actividades que se realizarón y el consolidado mensual para ser entregado el primer día hábil del mes
10	Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes	Se cimplierón con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes
11	Participación 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	Se participó en las actividades de revista, caso clínico con el fin de evaluar y se ajustaó el plan individual de habilitación / rehabilitación del usuario ambulatorio u hospitalizado
12	Informar al usuario, su familia o cuidador las actividades que debe seguir, al inicio de su proceso de habilitación/rehabilitación y posterior a la ejecución del plan de intervención o su egreso	Se informó al usuario, su familia y/o cuidador las actividades que debe seguir, al inicio de su proceso de habilitación / rehabilitación y posterior a la ejecución del plan de intervención o su egreso

Scanned with CamScanner

13	Llevar registro de la atención de las actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la normatividad vigente y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación 10) Participar en la programación de las actividades de la entidad	Se llevó registro de la atención de las actividades e intervenciones, y se mantuvo actualizados los informes estadísticos definidos por la normatividad vigente y todos los registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación
14	Participar en la programación de las actividades de la entidad	Se participo en la programación de las actividades de la entidad
15	Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente	Se reportarón los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente
16	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	Se notificarón los sucesos de calidad que se presentarón en el servicio,
17	Impartir instrucciones al personal relacionado con el manejo de los pacientes	Se impartierón instrucciones al personal relacionado con el manejo de los pacientes
18	Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad	Se diligenció en forma adecuada los formatos y/o instrumentos propios de mi actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad
19	Realizar las intervenciones al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio	Se realizarón las intervenciones al usuario acorde con mis responsabilidades dentro del servicio
20	Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención	Se informó al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención
21	Participación en la actualización e implementación de guías de manejo, protocolos y procedimientos requeridos en el servicio	Se participo en la actualización e implementación de guías de manejo, protocolos y procedimientos requeridos en el servicio
22	Informar las dificultades surgidas en el desarrollo del proceso de habilitación/ rehabilitación del usuario, así como los insumos, materiales y equipo necesario para el desarrollo de las actividades.	Se informarón las dificultades surgidas en el desarrollo del proceso de habilitación / rehabilitación del usuario, como los insumos, materiales y equipo necesario para el desarrollo de las actividades.
23	Registrar las actividades realizadas, de acuerdo con el sistema de información del servicio, para consolidar la producción mensual del área	Se registrarón las actividades realizadas, de acuerdo con el sistema de información del servicio, para consolidar la producción mensual del área
24	Participación en investigación que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios	Se participó en la investigación que permitio conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios
25	Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado	Actividad no asignada
26	Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la normatividad vigente	Se apoyó el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la normatividad vigente
27	Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento	Se elaboró el informe mensual sobre el desarrollo y avance de mis actividades y se entregarón al supervisor del contrato para que se certifique el cumplimiento
28	Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas	Se respondió por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas
30	Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado	Se participó en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos convocados

Observaciones:

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. **55.158.404** **de** **NEIVA – HUILA**

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	ANGELA MARIA MENDOZA
CARGO:	LIDER TERAPIA RESPIRATORIA
FIRMA	Angela M. Mendoza

Scanned with CamScanner

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 55158404		DUSSAN GARCIA MARIA MONICA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 56 151 51 interior 6 ap 203	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	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	15014971	8499237530	I	2019/12/03	2019/12/12	BANCO DE OCCIDENTE	9	$373,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,200,000	$192,000			$1,200,000	$150,000			$0	$0			$1,200,000	$29,300		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,200,000	$192,000			$1,200,000	$150,000			$0	$0			$1,200,000	$29,300		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,200,000	$192,000			$1,200,000	$150,000			$0	$0			$1,200,000	$29,300		$0	$0
1	CC 55158404	DUSSAN MARIA	230301	30	$1,200,000	$192,000	EPS008	30	$1,200,000	$150,000		0	$0	$0	14-7	30	$1,200,000	$29,300	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,200,000	$192,000			$1,200,000	$150,000			$0	$0			$1,200,000	$29,300		$0	$0

2019/12/12 01:17 PM

Scanned with CamScanner