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

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: 1103-2019 **C.D.P. No.:** 109 **Proceso al que pertenece:** ASISTENCIAL **Unidad a la que pertenece:** SAN BLAS

Nombre del Contratista: DIANA ROCIO BERNAL CAMPOS **C.C.** 52827978 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2019/02/01 **Fecha Terminación inicial:** 2019/07/31 **Valor Mensual:** $ 2.993.856 **Valor a cobrar:** $ 2.993.856

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 5.619.264	1756	2019-08-01	2019-09-30
2	$ 3.090.432	2304	2019-10-01	2019-11-30
3	$ 2.993.856	2792	2019-10-01	2019-11-30
4	$ 2.993.856	3175	2019-12-01	2019-12-31
5	$ 2.993.856	3454	2020-01-01	2020-01-31
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NUMERO DE PLANILLA
1	FEBRERO	2.714.400	337300	8489036718
2	MARZO	3.088.800	382500	8490205947
3	ABRIL	2.808.000	347800	8491293287
4	MAYO	2.901.600	358900	8492506833
5	JUNIO	2.995.200	371300	8493450965
6	JULIO	2.995.200	371300	8494571491
7	AGOSTO	3.090.432	382900	8495790044
8	SEPTIEMBRE	2.993.856	382900	8496798643
9	OCTUBRE	2.993.856	382900	8496798643
10	NOVIEMBRE	2.993.856	370700	8499135814
11	DICIEMBRE	3.090.432	382100	9400725691
12	ENERO	2.993.856	382100	9401537180
13				
14				
15				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 17.971.200	$ 35.662.464	$ 35.659.488	$ 2.976

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SUS SERVICIOS PERSONALES Y PROFESIONALES, EN SU CONDICIÓN DE TERAPEUTA RESPIRATORIA PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES Y DEMÁS ASIGNADAS, EN LOS DIFERENTES SERVICIOS Y EN LAS UNIDADES

Relación de actividades para el período: **Desde:** 2020-01-01 **Hasta:** 2020-01-31

	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	Se realizan actividades tales como toma de gases arteriales de acuerdo a orden médica.
2	Realizar el manejo integral a los pacientes hospitalizados, en las unidades de cuidado crítico, intermedio y/o sala ERA	Se realizan micronebulizaciones ordenadas a los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intermedios. Se realizan aceiones propias en el servicio de Sala Era.
3	Realizar las valoraciones de los pacientes de interconsultados de los diferentes servicios.	Se atiende llamados de los diferentes servicios de la UPSS San Blas para realizar actividades de interconsulta.
4	**Realizar tratamiento y seguimiento (20) a los pacientes valorado**	Se realizan tratamientos establecidos por médicos especialistas
5	Dar pautas de manejo a las madres y/o familiares de los pacientes valorados.	Se brinda educación y asesoria en promoción y prevención a los cuidadores en enfermedades respiratorias.
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 brinda educación y asesoria en promoción y prevención a los cuidadores en enfermedades respiratorias.
7	Velar por el uso racional de los elementos de Terapia respiratoria	Se realizan pedidos al almacén de los insumos y dispositivos médicos de acuerdo a la necesidad sentida.
8	Velar por el manejo adecuado de los ventiladores cumpliendo con las normas de asepsia, de acuerdo a los parámetros de la institución.	Se realiza limpieza y desinfección de los equipos que se encuentran en la unidad de cuidado intermedio.
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 elaboran informes de actividades realizadas durante el mes y se entrega a la Supervisora de contrato.
10	Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes.	Se diligencia documento de historia clínica enfatizando la confidencialidad y ética durante el manejo de esta.

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

Diana Bernal Campos
Firma del Contratista

C.C. 52.827.978 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	Dra. ANGELA MARIA MENDOZA MEZA
CARGO:	LIDER APOYO TERAPEUTICO Y REHABILITACION SUBRED CENTRO-ORIENTE
FIRMA	

Scanned by CamScanner

en línea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52827978		BERNAL CAMPOS DIANA ROCIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cll 48 z no. 5 d 64 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7720937	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2019-12	2019-12	55560902	9401537180	I	2020/01/21	2020/01/16	BANCO DE OCCIDENTE	0	$382,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,237,000	$198,000			$1,237,000	$154,700			$0	$0			$1,237,000	$30,200		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,237,000	$198,000			$1,237,000	$154,700			$0	$0			$1,237,000	$30,200		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,237,000	$198,000			$1,237,000	$154,700			$0	$0			$1,237,000	$30,200		$0	$0
1	CC 52827978	BERNAL DIANA	230201	30	$1,237,000	$198,000	EPS008	30	$1,237,000	$154,700		0	$0	$0	14-7	30	$1,237,000	$30,200	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**			$1,237,000	$198,000			$1,237,000	$154,700			$0	$0			$1,237,000	$30,200		$0	$0

Scanned by CamScanner

en línea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52827978		BERNAL CAMPOS DIANA ROCIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cll 48 z no. 5 d 64 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7720937	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2019-12	2019-12	55560902	9401537180	1	2020/01/21	2020/01/16	BANCO DE OCCIDENTE	0	$382,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$198,000	$0	$0	$198,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$198,000	$0	$0	$198,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$30,200	$0	$0	$30,200
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$30,200	$0	$0	$30,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$154,700	$0	$0	$154,700
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$154,700	$0	$0	$154,700
TOTAL				1	$382,900	$0	$0	$382,900

Scanned by CamScanner