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: 04
FECHA: 2024-02-22

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 4294 2024	C.D.P. No.:	1895	Proceso que pertenece:	MISIONAL
				Servicio al que pertenece:	URGENCIAS
				Unidad a la que pertenece:	UMHES JORGE ELIECER GAITAN

Nombre del Contratista:	LEIDY VIVIANA VALERO CORTES	C.C.	1.018.442.239	de:	BOGOTÁ D.C.
Fecha Inicio:	2024-07-08	Fecha Terminación inicial:	2024-07-31	Valor Mensual:	$ 7.758.740
Valor a cobrar:	$ 7.617.672				

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 27.719.862	2598	1/08/2024	31/10/2024
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO PLANILLA
1	JULIO	$ 6.136.458	NUEVO	NUEVO	NUEVO
2	AGOSTO	$ 9.522.090	$ 842.400	79468177	14/08/2024
3	SEPTIEMBRE	$ 7.617.672	$ 1.178.500	80167124	10/09/2024
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					

Resumen de contrato	VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
	$ 6.982.866	$ 34.702.728	$ 23.276.220	$ 11.426.508

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 DIRECCION SERVICIO URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Relación de actividades para el periodo: Desde: 2024-09-01 Hasta: 2024-09-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Realizar las actividades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos determinados dentro del plan de manejo de su especialidad, de una manera oportuna y pertinente	Realicé las actividades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos determinados dentro del plan de manejo de su especialidad, de una manera oportuna y pertinente	Registro de historia clínica en el aplicativo Dinamica Gerencial
2	Brindar una atención en salud buscando los mejores estándares de oportunidad, integridad, suficiencia, continuidad y pertinencia, en un ambiente de atención personalizada y humanizada	Brindé una atención en salud buscando los mejores estándares de oportunidad, integridad, suficiencia, continuidad y pertinencia, en un ambiente de atención personalizada y humanizada	Registro de historia clínica en el aplicativo Dinamica Gerencial.
3	Prestar sus servicios asistenciales respetando la autonomía institucional de la SUBRED, su visión, misión, estructura orgánica reglamentos administrativos, técnicos, científicos y disciplinarios, acogiendo las directrices institucionales	Presté mis servicios asistenciales respetando la autonomía institucional de la SUBRED, su visión, misión, estructura orgánica reglamentos administrativos, técnicos, científicos y disciplinarios, acogiendo las directrices institucionales	Registro de historia clínica en el aplicativo Dinamica Gerencial.
4	Realizar las actividades según las necesidades de la subred dando cobertura en todas las unidades en donde se oferta el servicio y sea requerido	Realicé las actividades según las necesidades de la subred dando cobertura en todas las unidades en donde se oferta el servicio y sea requerido	Registro de historia clínica en el aplicativo Dinamica Gerencial.
5	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	Informé 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	Registro de historia clínica en el aplicativo Dinamica Gerencial.
6	Llevar 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	Llevé registro de las actividades, procedimientos e intervenciones, mantuve actualizados los informes estadísticos definidos por la institución y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación	Registro de historia clínica en el aplicativo Dinamica Gerencial.
7	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	Respeté los derechos del paciente, cumplí el código de ética médica y las disposiciones legales pertinentes propias de los servicios en donde se preste la atención	Registro de historia clínica en el aplicativo Dinamica Gerencial.
8	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	Realicé el seguimiento y control a pacientes en los que se requirió mi participación e impartí instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados	Registro de historia clínica en el aplicativo Dinamica Gerencial.
9	Emitir conceptos médicos que se le requieran, realizar resúmenes de historia clínica, epicrisis u otros documentos asistenciales o administrativos que sean solicitados	Emití conceptos médicos que se me requirieron, realicé resúmenes de historia clínica, epicrisis y otros documentos asistenciales o administrativos que fueron solicitados	Registro de historia clínica en el aplicativo Dinamica Gerencial.
10	Diligenciar en forma completa, oportuna, sistematizada y legible (en los casos en que se presenten fallas del sistema, los formatos) de las historias clínicas, 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 firma y sello	Diligencié en forma completa, oportuna, sistematizada y legible (en los casos en que se presentaron fallas del sistema) los formatos de las historias clínicas, consentimiento informado, reportes de estudios y demas registros propios de mi 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 firma y sello	Registro de historia clínica de forma manual en los formatos respectivos que posteriormente fueron cargados en el aplicativo Dinamica Gerencial.
11	Garantizar la debida reserva de la información del paciente y de los registros clínicos	Garanticé la debida reserva de la información del paciente y de los registros clínicos	Registro de historia clínica en el aplicativo Dinamica Gerencial.
12	Garantizar la integridad y adecuado funcionamiento de los equipos, elementos e instalaciones, así como la utilización racional de 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	Garanticé la integridad y adecuado funcionamiento de los equipos, elementos e instalaciones, así como la utilización racional de 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	Registro en las actas de entrega de material de proteccion personal e insumos
13	Reportar al área de Recursos Físicos – Activos Fijos de la SUBRED, los equipos de propiedad del contratista, que se destine a las actividades asistenciales	Reporté al área de Recursos Físicos – Activos Fijos de la SUBRED, los equipos de mi propiedad, que se destiné a las actividades asistenciales	Registro en las actas de entrega de material de proteccion personal e insumos
14	Participar activamente en el desarrollo, implementación y cumplimiento de las políticas institucionales, sistema integrado de gestión, acreditación, seguridad del paciente y demás actividades enmarcadas dentro del sistema obligatorio de garantía de la calidad	Participé activamente en el desarrollo, implementación y cumplimiento de las políticas institucionales, sistema integrado de gestión, acreditación, seguridad del paciente y demás actividades enmarcadas dentro del sistema obligatorio de garantía de la calidad	Registro de historia clínica en el aplicativo Dinamica Gerencial.
15	Participar en las diferentes actividades del servicio, jornadas de capacitación, inducción, reuniones, comités y eventos a los cuales sea convocado	Participé en las diferentes actividades del servicio, jornadas de capacitación, inducción, reuniones, comités y eventos a los cuales fui convocado	Registro en las actas de asistencia a capacitaciones
16	Participar en la elaboración, actualización, implementación y adherencia de guías, manuales, procedimientos y protocolos que apliquen al servicio	Participé en la elaboración, actualización, implementación y adherencia de guías, manuales, procedimientos y protocolos que apliquen al servicio	Registro en las actas de asistencia a capacitaciones
17	Apoyar a la Entidad en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales	Apoyé a la Entidad en las actividades que demandó según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales	Registro en las actas de asistencia a capacitaciones

MONOCITOS% 8.7 % 4.7 - 12.5
NEUTROFILOS% 64.1 % 34 - 71.1
EOSINOFILOS% 0.6 * % 0.7 - 5.8
BASOFILOS% 0.3 % 0.1 - 1.2
LINFOCITOS# 2.32 1.18 - 3.74
MONOCITOS# 0.77 0.24 - 0.86
NEUTROFILOS# 5.64 1.56 - 6.13
EOSINOFILOS# 0.05 0.04 - 0.36
BASOFILOS# 0.03 0.01 - 0.08
RDW-CV 11.6 * % 11.7 - 14.4
MPV 11.6 fL 9.4 - 12.3

PACIENTE EN UCI BAJO VIGILANCIA NEUROLOGICA NO SOPORTE VENTILATORIO NI VASOPRESOR

RESPUESTA
ASA UIII
PROGRAMAR PROCEDIMIENTO
AYUNO MAYRO 8H

TRATAMIENTO
CONSENTIMIENTO ANESTESICO Y MANEJO POR SITIO RECEPTOR

RESPUESTA INTERCONSULTA

AREA	1SCC36 - SANTA CLARA CONSULTA EXTERNA PREANESTÉSICA
ESPECIALIDAD	ANESTESIOLOGIA
ANALISIS SUBJETIVO	ANESTESIOLOGIAPROCEDIMIENTO RESONANCIA NUCLEAT MAGENTICA CEREBRAL PROTOCOLO EPILEPSIAPaciente de 34 años de edad con diagnósticos de: 1. Intoxicación por lacosamida (30 tabletas) resuelta1.1 Intento suicida1.2 Falla ventilatoria tipo IV resuelta 2. Epilepsia focal frontal derecha (2006)2.1 Estatus convulsivo descartado por electroencefalograma3. Trastorno del comportamiento 3.1 Esquizofrenia 3.2 Trastorno depresivo mayor 4. Hipotiroidismo primario en suplencia5. Antecedente de consumo de sustancias psicoactivas
ANALISIS OBJETIVO	ANTECEDENTESMédicos 08/05/2017 EPILEPSIA DE DIFICIL MANEJOPsiquiátricos 08/05/2017 T MENTAL Y DEL COMPORTAMIENTO SECUNDARIOPsicológicos DETERIORO COGNITIVO RASGOS DE PERSONALIDAD DEL GRUPO B 08/05/2017 NIEGAGLICEMIA 92 mg/dL 70 - 106(Técnica: UV-Hexoquinasa) UREICO 17 mg/dL 7 - 17(Técnica: Cinètica UV)CREATININA EN SUERO, 0.6 mg/dL 0.52 - 1.04(Técnica: Enzimatica IDMS)SODIO 138 mmoL/L 137 - 145(Técnica: Ion selectivo directo)POTASIO EN SUERO 3.4 * mmoL/L 3.5 - 5(Técnica: Ion selectivo directo)CALCIO SERICO 8.2 * mg/dL 8.5 - 10.5(Técnica: Arsenazo)CLORO 106 mmoL/L 98 - 107(Técnica: Ion selectivo directo)MAGNESIO 1.9 mg/dl 1.6 - 2.3(Técnica: Calmagite) PROTEINA C REACTIVA 3.2 * mg/dl 0 - 1RECUENTO DE BLANCOS 8.81 x 10 ^3/mm3 3.98 - 10.04(Técnica: Impedancia electrica con tecnologia VCS)RECUENTO DE ROJOS 4.26 x 10 ^6/mm3 3.93 - 5.22(Técnica: Impedancia electrica con tecnologia VCS)HEMOGLOBINA 12.8 g/dL 11.2 - 15.7HEMATOCRITO 38.3 % 34.1 - 44.9VOLUMEN CORPUSC. MEDIO 89.9 fL 79.4 - 94.8MCH 30 pg 25.6 - 32.2MCHC 33.4 g/dL 32.2 - 35.5RECUENTO DE PLAQUETAS 274 x 10 ^3/mm3 182 - 369LINFOCITOS% 26.3 % 19.3 - 51.7MONOCITOS% 8.7 % 4.7 - 12.5NEUTROFILOS% 64.1 % 34 - 71.1EOSINOFILOS% 0.6 * % 0.7 - 5.8BASOFILOS% 0.3 % 0.1 - 1.2LINFOCITOS# 2.32 1.18 - 3.74MONOCITOS# 0.77 0.24 - 0.86NEUTROFILOS# 5.64 1.56 - 6.13EOSINOFILOS# 0.05 0.04 - 0.36BASOFILOS# 0.03 0.01 - 0.08RDW-CV 11.6 * % 11.7 - 14.4MPV 11.6 fL 9.4 - 12.3PACIENTE EN UCI BAJO VIGILANCIA NEUROLOGICA NO SOPORTE VENTILATORIO NI VASOPRESOR
RESPUESTA	ASA UIIIPROGRAMAR PROCEDIMIENTOAYUNO MAYRO 8H
DIAGNOSTICO	G400 - EPILEPSIA Y SINDROMES EPILEPTICOS IDIOPATICOS RELACIONADOS CON LOCALIZACIONES (FOCALES) (PARCIALES)
TRATAMIENTO	CONSENTIMIENTO ANESTESICO Y MANEJO POR SITIO RECEPTOR

DIAGNOSTICOS

CIE 10	DESCRIPCION
G400	G400 - EPILEPSIA Y SINDROMES EPILEPTICOS IDIOPATICOS RELACIONADOS CON LOCALIZACIONES (FOCALES) (PARCIALES)

Profesional:DARIO JOSE PEREA SOLANO
Registro Medico: 91079488
Especialidad:ANESTESIOLOGIA

18	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	Participé en la elaboración de respuestas a reclamaciones y requerimientos que se presentaron en desarrollo de la atención que se obliga a prestar a los usuarios o pacientes que demandaron el servicio	Registro de historia clínica en el aplicativo Dinamica Gerencial.
19	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-EAPB	Presté 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	Registro de historia clínica en el aplicativo Dinamica Gerencial.
20	Notificar los sucesos de seguridad que se presenten durante el proceso de atención	Notifiqué los sucesos de seguridad que se presentaron durante el proceso de atención	Registro de historia clínica en el aplicativo Dinamica Gerencial.
21	Participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio	Participé en los análisis a los que fui convocado e implementé las acciones de mejora definidas para el servicio	Registro de historia clínica en el aplicativo Dinamica Gerencial.
22	Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente	Reporté los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente	Registro en las actas de asistencia a capacitaciones
23	Desarrollar 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	Desarrollé actividades de docencia de servicio en la revista médica y otro espacio dirigidas a los estudiantes y/o personal del servicio, para el desarrollo y formación del recurso humano en salud, si aplicaba	Registro de historia clínica en el aplicativo Dinamica Gerencial.
24	Instruir a la comunidad sobre la prevención de las enfermedades propias de su especialidad	Instruí a la comunidad sobre la prevención de las enfermedades propias de mi especialidad	Registro de historia clínica en el aplicativo Dinamica Gerencial.
25	Informar al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de sus obligaciones	Informé al supervisor del contrato las novedades que afectaron el cumplimiento de mis obligaciones	Formatos de novedades de personal radicados en la oficina de la direccion de urgencias.
26	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	Facilité 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	Formatos de novedades de personal radicados en la oficina de la direccion de urgencias.
27	Cumplir oportunamente las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demás solicitudes de la Supervisión y de la Oficina de Garantía de Calidad.	Cumplí oportunamente las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demás solicitudes de la Supervisión y de la Oficina de Garantía de Calidad	Formatos de novedades de personal radicados en la oficina de la direccion de urgencias.
28	Acreditar el cumplimiento del pago de los aportes al sistema de seguridad social y parafiscal durante la vigencia del contrato, requisito indispensable para generar cada pago a su favor	Acredité el cumplimiento del pago de los aportes al sistema de seguridad social y parafiscal durante la vigencia del contrato, requisito indispensable para generar cada pago a mi favor	Presentacion de planilla mensual de aportes de seguridad social
29	Apoyar en la parte técnica las actividades de supervisión de los contratos cuando estas sean asignadas	Apoyé en la parte técnica las actividades de supervisión de los contratos cuando estas sean asignadas	Registro en las actas de asistencia a capacitaciones
30	Cumplir con las actividades establecidas en el respectivo contrato, cumpliendo con las directrices establecidas por la institución; en los casos de novedades informar con anticipación para el cubrimiento de sus actividades	Cumplí con las actividades establecidas en el respectivo contrato, cumpliendo con las directrices establecidas por la institución.	Registro de historia clínica en el aplicativo Dinamica Gerencial.
31	Las demás asignadas por la supervisión del contrato, Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato	Las demás asignadas por la supervisión del contrato, Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato	Notificacion de actividades de la supervision
32	Asistir y participar en las capacitaciones, socializaciones, espacios técnico-científicos que se programen desde la entidad	Asistir y participar en las capacitaciones, socializaciones, espacios técnico-científicos que se programen desde la entidad	Registro de historia clínica en el aplicativo Dinamica Gerencial.
33	Realizar consulta, valoración, revaloración y clasificación TRIAGE del paciente en el servicio de urgencias. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato	Realizar consulta, valoración, revaloración y clasificación TRIAGE del paciente en el servicio de urgencias. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato	Registro de historia clínica en el aplicativo Dinamica Gerencial.

Observaciones:

UMIIES JORGE ELICER GAITAN 216 HORAS

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.

Leidy Vallero Cortés

Firma del Contratista

C.C. **1.018.442.239** **de** **BOGOTÁ D.C.**

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATO	
NOMBRE:	**FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO**
CARGO:	**DIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05**
FIRMA	

Anamnesis y Verificación de Derechos de Afiliación

Nombre:	Luly Marcela	Apellido:	Vela Torres		
Tipo ID:	CC	Numero ID:	1023855165		
EAPB:	Capital Salud	Tel:		Dirección:	

PREGUNTAS DE CONTROL	SI	NO		OBSERVACION
¿Viajo en los ultimos 14 dias a áreas con circulación activa de COVID-19?		X		
Tuvo contacto estrecho con algún caso confirmado de COVID-19 (-2mts + 15 min)		X		
Una ocupacion como trabajador de la salud u otro personal que labora en un entorno que atiende a pacientes con diagnostico de COVID-19		X		
Tiene al menos dos de los siguientes síntomas	**Fecha de inicio:**			
Fiebre cuantificada >38°C		X		
Tos (Seca)		X		
Odinofagia (dolor de Garganta)		X		
Dificultad respiratoria		X		
Fatiga/ Adinamia		X		
Otros ¿Cuál?		X		
Definición de Caso				
¿Cumple con la Definicion de caso?		X		
¿Tiene Criterios de hospitalizacion?		X		

ADICIONALMENTE INDAGAR

- Tener 60 o mas años.
- Diagnostico actual de Diabetes.
- Presentar enfermedades cardiovasculares o respiratorias crónicas.
- Diagnostico actual de otras inmunodeficiencias

CUENTA DE COBRO No. 3

FECHA 30/09/2024

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD
CENTRO ORIENTE E.S.E.
Nit. 900.959.051.7

DEBE A:

LEIDY VIVIANA VALERO CORTES
C.C. 1018442239

LA SUMA DE

SIETE MILLONES SEISCIENTOS DIECISIETE MIL SEISCIENTOS SETENTA Y DOS PESOS ($7.617.672)

Por concepto de **216 HORAS** Honorarios por Prestación de Servicios en cumplimiento del Contrato No. **PS 4294 2024**, con afiliación a **ARL RIESGO 3** correspondiente del **01** al **30** de **SEPTIEMBRE DE 2024**

OBJETO: **PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION SERVICIO URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E**

Cordialmente,

Leidy Valero Cortés

LEIDY VIVIANA VALERO CORTES
C.C. 1018442239
CELULAR: 3192260852 DIRECCION: CALLE 17 A SUR # 3D - 33 ESTE
CUENTA DE AHORROS N° 0570004870407402 DE DAVIVIENDA

idime

FORMATO CUESTIONARIO FILTRO RESPIRATORIO

Código: ID-PSVIG-IN-03-F01
Fecha de Creación: 2020/03/18
Fecha de Actualización:2021/03/10
Versión: 08

Fecha: 16/05/2024 Sede: Santa Clara Hora de Llegada:
Nombre: Yuly maraba Vega Documento: 1023886165
Edad: 34 Registro de Temperatura: 36.6 °C*

1. Le han diagnosticado en los últimos 14 días COVID-19 o se encuentra en estudio para esta enfermedad?

Si_____No X

2. ¿Usted ha presentado en los últimos 10 días algunos de los siguientes síntomas?

Fiebre Cuantificada mayor o igual a 38 °C NO Tos Reciente* NO Dificultad Respiratoria NO Dolor de Garganta NO Fatiga NO Diarrea NO Alteración del olfato o del gusto NO Lesiones Agudas en piel NO

3. Paciente es admitido en Sede para su atención?

Si X No __.

Jorge Isaza
Nombre de quien diligencia Encuesta

La información consignada en este cuestionario obedece a lo informado por parte del usuario al momento de su ingreso a la Sede. Por lo tanto, la veracidad de la misma es responsabilidad del usuario al momento del interrogatorio.

*Registro de temperatura: Se debe tener en cuenta la opinión por parte del paciente ya que si refiere no acceder a la toma de temperatura, no se debe obligar a la toma de la misma. Se debe diligenciar que no accede a la toma.

*Tos no mayor a 14 días, diferenciar de pacientes con patologías crónicas como Asma y EPOC.

COPIA CONTROLADA

Elaborado por: Paciente Seguro
Aprobado por: Dirección Paciente Seguro, Gerencia Médica, Gestión de Calidad

Escaneado con CamScanner

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1018442239	LEIDY VIVIANA VALERO CORTES	CARRERA 2 #9 - 38 SUR	3204124545	LEIDY_VIVIANA16@HOTMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-08	2024-08	I	10/09/2024	80167124	$1.178.500	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	476.200	0		0		0	0	0	0	476.200	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	609.500	0	0	0	0	0	0		609.500	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	92.800				92.800	0	0	92.800			928	92.800	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	476.200	476.200
Pensión	1	609.500	609.500
Riesgos Laborales	1	92.800	92.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.178.500	1.178.500

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1018442239	LEIDY VIVIANA VALERO CORTES		CARRERA 2 #9 - 38 SUR	3204124545	LEIDY_VIVIANA16@HOTMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-08	2024-08	I	10/09/2024	80167124	$1,178,500	

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	IRG	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC	1018442239	VALERO CORTES LEIDY VIVIANA	59	0			N								X									230301	3,809,000	609,500	0	0	0	0	EPS008	3,809,000	476,200	14-7	3,809,000	3	92,800		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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