SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
APOYO GESTION DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

Centro Origen E.S.E

## 1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| No. CONTRATO OPS | [illegible] | C.D.P. No. | 11 | Proceso al que pertenece: | GESTION HOSPITALARIA |
| | | | | Unidad a la que pertenece: | SUBRED MATERNO INFANTIL |
| Nombre del Contratista: | MARTHA ALEJANDRA BUSTAMANTE | | | C.C. | [illegible] de [illegible] |
| Fecha Inicio: | 2020-02-01 | Fecha Terminación inicial: | 2020-11-30 | Valor Mensual: | $ 3.183.168 |
| | | | | Valor a cobrar: | $ 3.183.168 |

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICION | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACION |
|---|---|---|---|---|
| 1 | [illegible] | [illegible] | [illegible] | |
| 2 | [illegible] | [illegible] | [illegible] | |
| 3 | [illegible] | [illegible] | [illegible] | |
| 4 | [illegible] | [illegible] | [illegible] | |
| 5 | [illegible] | [illegible] | [illegible] | 2020-11-30 |
| 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 | NUMERO DE FACTURA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | FEBRERO | $ 2.785.272 | $ 372.800 | [illegible] |
| 2 | MARZO | $ 3.750.012 | $ 404.800 | [illegible] |
| 3 | ABRIL | $ 3.782.042 | $ 393.800 | [illegible] |
| 4 | MAYO | $ 3.750.012 | $ 430.300 | [illegible] |
| 5 | JUNIO | $ 2.984.230 | $ 393.000 | [illegible] |
| 6 | JULIO | $ 3.375.804 | $ 393.300 | [illegible] |
| 7 | AGOSTO | $ 3.968.934 | $ 373.800 | [illegible] |
| 8 | SEPTIEMBRE | $ 3.360.000 | $ 422.800 | [illegible] |
| 9 | OCTUBRE | $ 3.183.168 | $ 371.300 | [illegible] |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |
| 14 | | | | |
| 15 | | | | |
| 16 | | | | |
| 17 | | | | |
| 18 | | | | |
| 19 | | | | |
| 20 | | | | |
| 21 | | | | |
| 22 | | | | |

Resumen de ordenes:

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 18.302.164 | $ 27.823.576 | $ 24.740.084 | $ 3.083.491 |

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE MANERA PERSONAL Y AUTÓNOMA, EN EL CUMPLIMIENTO DE TERAPEUTA RESPIRATORIA PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LOS DIFERENTES SERVICIOS Y EN LAS UNIDADES QUE SE REQUIERE, CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Relación de actividades para el periodo: Desde: [illegible] Hasta: [illegible]

| | OBLIGACIONES ESPECÍFICAS | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 1 | Realizar 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 corresponsabilidad con los procesos de los pacientes, y teniendo en cuenta que todos los procesos prioritarios en la atención materna, promoción del mejoramiento de la salud del paciente, el uso racional del consentimiento informado y de los recursos disponibles. | No realizan actividades sobre temas varios de gestión administrativa, temas de reuniones organizativas de asociado a salud materna | En medios soporte de resultados de pruebas realizadas, listas de registros de reuniones organizativas |
| 2 | Brindar una atención en salud buscando los mejores estándares de oportunidad, integridad, suficiencia, continuidad y pertinencia, en un ambiente de atención personalizada e humanizada, cumpliendo el principio de equidad y con énfasis en actividades, procedimientos, protección, recuperación y guías de atención establecidas en los estándares de habilitación y acreditación. | No realizan procesos/actividades solicitadas a los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intermedios. No realizan actividad pregrado en el servicio de Baby Eco | En historia clínica y en formato de salida con sus respectivos seguimientos |
| 3 | Prestar sus servicios profesionales cumpliendo la normativa institucional de la SUBRED, así como, normas, estándares, organización, reglamentos administrativos, manuales, resoluciones y disciplinarios, acogiendo las directrices establecidas. | No asigna a los diferentes instrumentos | No asignan los pacientes |
| 4 | Participar las actividades según las necesidades de la unidad donde colabora en todos los servicios en donde se ofrece el servicio a una población | No asisten frecuentes de los diferentes servicios de la UPSS Los Ríos para realizar actividades de asociados | No existen hojas de asociados y organizativas |
| 5 | Informar al paciente y su familia sobre la condición clínica, plan de manejo, atención y requerimientos antes de egreso, asegurar el grado de satisfacción sobre los servicios prestados y resolver inquietudes relacionadas con el proceso de cuidado | No realiza educación y asesoría en promoción y prevención a los usuarios en cada unidad hospitalaria | Registro en historia clínica y entrega de folletos |
| 6 | Llevar registro de las actividades, procedimientos y medicamentos del cuidado realizado, así como los informes estadísticos solicitados por la institución y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los principios de calidad y facturación. | No elaboran informes de actividades realizadas durante el mes y se entrega a la Supervisora de turno | En el sistema dinámica y en los libros de registro |
| 7 | Respetar los derechos del paciente, cumplir el código de ética médica y las disposiciones legales pertinentes propias de los servicios en donde se presta la atención. | No diligencia documentos de historia clínica enfocando la enfermedad actual y otros durante el manejo de esta | Registro de consigo de evolución de pacientes presentes y de consultas para procesos organizativos |
| 8 | Realizar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación y suspender interconsulta al equipo de salud sobre los [illegible] solicitados. | Seguimiento a estado de salud de pacientes sala cita | Seguimientos a las 48 horas y a los 7 días |

Escaneado con CamScanner

| | | | |
|---|---|---|---|
| 9 | Emitir concepto médico que se le soporten, realizar resumenes de historia clínica, ajustes a otros documentos asistenciales o administrativos que sean solicitados | De manera evaluación de todo procedimiento o suplementos realizado al paciente antes de posterior revisión | |
| 10 | Diligenciar en forma completa, oportuna, sistematizada y legible (en los casos en que se presente fallas del sistema) los formatos de historias clínicas, consentimiento informado, soportes de estudios y demás registros propios de su sector, 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 | Se diligencia documento de historia clínica unificando la confidencialidad y adecuado manejo de este | |
| 11 | Garantizar la debida reserva de la información del paciente y de los registros médicos | Se diligencia documento de historia clínica unificando la confidencialidad y adecuado manejo de este | |
| 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 | Adecuado uso de elementos y dispositivos médicos en el cumplimiento de los procesos | |
| 13 | Reportar al área de Recursos Físicos - Activos Fijos de la SUBRED los equipos de propiedad del contratista, que se ocupen a las actividades contratadas | En caso de portar equipo ajeno a la institución | |
| 14 | Participar activamente en el desarrollo, implementación y cumplimiento de las políticas institucionales, sistema integrado de gestión, acreditación, seguridad del paciente y demás actividades consignadas dentro del sistema obligatorio de garantía de la calidad | Leer los formatos de la institución, asistir a la institución | |
| 15 | Participar en la programación de actividades del servicio | Asistir a reuniones, capacitaciones | |
| 16 | Participar en la elaboración, actualización, implementación y adherencia de guías, manuales, procedimientos y protocolos que apliquen al servicio | Asistir a reuniones, capacitaciones | |
| 17 | Apoyar a la Unidad en las actividades que demande según requerimientos administrativos y entes reguladores | Leer los formatos de la institución, asistir la institución | |
| 18 | Participar en la elaboración de respuestas a solicitudes y requerimientos que se presenten en desarrollo de la misma, que se alleguen o presenten por derivación del servicio | Actuar y proceder de acuerdo a lo asignado por la institución con soportes oportunos | |
| 19 | Prestar el apoyo necesario para dar respuesta a objeciones iniciales surtiendo así que se generen Glosa Definitiva o procesos de Conciliación por parte de EPS-S/IAPB | Actuar y proceder de acuerdo a lo asignado por la institución con soportes oportunos | |
| 20 | Notificar los eventos 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 | Actuar y proceder de acuerdo a lo asignado por la institución con soportes oportunos | |
| 21 | Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente | Actuar y proceder de acuerdo a lo asignado por la institución con soportes oportunos | |
| 22 | Apoyar las actividades de docencia de servicio en la revista medica u otro espacio dirigidas a los estudiantes y/o personal del servicio, para el desarrollo y formación del recurso humano en salud, si aplica | Se realiza de acuerdo a requerimiento | |
| 23 | Instruir a la comunidad sobre la prevención de las enfermedades propias de su especialidad | Se educan a los pacientes de acuerdo | |
| 24 | Asistir a las jornadas de capacitación, inducción, reinducción, cuando a criterio del cliente sea convocado | Asistir a reuniones, capacitaciones | |
| 25 | Informar al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de sus obligaciones | Informar oportunamente cualquier eventualidad que se presente en el desarrollo de las actividades | |
| 26 | Facilitar las labores de supervisión, evaluación y control que la SUBRED, adelante a través del por la Subdirección de Servicios de Salud, la Oficina de Calidad y el cliente de turno | Actuar y proceder de acuerdo a lo asignado por la institución con soportes oportunos | |
| 27 | Cumplir oportunamente las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromisos y demás solicitudes de la Supervisión y de la Oficina de Calidad | Actuar y proceder de acuerdo a lo asignado por la institución con soportes oportunos | |
| 28 | Prestar el apoyo en el HOTEL MIREI - RUM | Actuar y proceder de acuerdo a lo asignado por la institución con soportes oportunos | |

| | |
|---|---|
| | |
| | |

| VERIFICACIÓN SUPERVISOR DE CONTRATO | |
|---|---|
| NOMBRE | |
| CARGO | |
| FIRMA | |

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 | 65744709 | MARTHA ALEJANDRA BOCANEGRA MARTINEZ | CR 49 C # 86A - 26 BARRIO PATRIA 1 | 6918463 | COCUMA68@YAHOO.COM | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| UNICA | 1 - Independiente | | BOGOTÁ D.C. | BOGOTÁ D.C. | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | 1 | 0 |
| 2020-09 | 2020-09 | 1 | 13/10/2020 | 45952490 | TOTAL A PAGAR | |
| | | | | | $711.500 | |

## 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 | 270.000 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 270.000 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 231001 | Colfondos | 800227940-6 | 345.600 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 345.600 | 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 | | | | | | | | | | |
| 14-25 | Riesgos prof Colmena | 800226175-3 | 52.700 | | | | 52.700 | 0 | 0 | 52.700 | | | 527 | 52.700 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CCF24 | Compensar Caja | 860066942-7 | 43.200 | 0 | 0 | 43.200 | 1 |

**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 IQE, LMA, BP y Mora | Total a Pagar |
|---|---|---|---|
| Salud | 1 | 270.000 | 270.000 |
| Pensión | 1 | 345.600 | 345.600 |
| Riesgos Laborales | 1 | 52.700 | 52.700 |
| CCF | 1 | 43.200 | 43.200 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 4 | 711.500 | 711.500 |

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

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 | 65744109 | MARTHA ALEJANDRA BOCANEGRA MARTINEZ | | CR 49 C # 86A - 26 BARRIO PATRIA 1 | 6918463 | COCUMA69@YAHOO.COM | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | 1 - Independiente | | | BOGOTÁ D.C. | BOGOTÁ D.C. | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD |
| | | | | | IMPLEMENTOS: 1 / APT: 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR |
| 2020-09 | 2020-09 | 1 | 13/10/2020 | [illegible] | $711.200 |

## ETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tipo | No. de identificación | Apellidos y Nombres | Cód. ubic. | Sección | Subsección | Extranjero sin cédula | Extranjero | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VST | SPV | AFP | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Cotización | Voluntario o Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS | Cotización Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL | Clase Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| CC | 65744109 | BOCANEGRA MARTINEZ MARTHA ALEJANDRA | 110 | 0 | | | X | | | | | | | X | | | | | | | | | | 23 1001 | 2.160.000 | 345.600 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS008 | 2.160.000 | 270.000 | 14-05 | 2.160.000 | 3 | 32.700 | CCF134 | 2.160.000 | 43.200 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

Escaneado con CamScanner