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 ABASTECIMIENTO1030536760
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 02
FECHA: 2020-05-04

## 1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. CONTRATO - OPS:** | PS 2567 2020 | **C.D.P. No.:** | 11 | **Proceso al que pertenece:** | GESTION HOSPITALARIA |
| | | | | **Unidad a la que pertenece:** | UMHES SANTA CLARA |
| **Nombre del Contratista:** | ANA CAROLINA GUERRA JIMENEZ | | | **C.C.** 52.772.838 | **de:** BOGOTA |
| **Fecha Inicio:** | 2020-02-03 | **Fecha Terminación incial:** | 2020-07-31 | **Valor Mensual:** $ 3.133.431 | **Valor a cobrar:** $ 3.133.431 |

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 0 | | | | |
| 0 | | | | |
| 0 | | | | |
| 0 | | | | |
| 0 | | | | |
| 0 | | | | |
| 0 | | | | |
| 0 | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| Nº CTA | MES DE CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR | VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL | NÚMERO DE PLANILLA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | FEBRERO | $ 3.133.431 | $ 385.800 | 195705596 |
| 2 | MARZO | $ 3.116.852 | $ 386.400 | 196082398 |
| 3 | ABRIL | $ 3.150.010 | $ 382.100 | 196551568 |
| 4 | MAYO | $ 3.133.431 | $ 382.100 | 196850697 |
| 0 | | | | |
| 0 | | | | |
| 0 | | | | |
| 0 | | | | |
| 0 | | | | |
| 0 | | | | |
| 0 | | | | |
| 0 | | | | |

**Resumen de contrato**

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 19.099.008 | $ 19.099.008 | $ 12.533.724 | $ 6.565.284 |

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

**OBJETO DEL CONTRATO**

PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES DE MANERA PERSONAL Y AUTONOMA, EN SU CONDICION DE TERAUPEUTA RESPIRATORIA PARA EL EJECUCION DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES , EN LOS DIFERENTES SERVICIOS Y EN LAS UNIDADES QUE SE REQUIERE, CONFORME A LAS NECESIDADES DED LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

**Relación de actividades para el periodo:** **Desde:** 2020-05-01 **Hasta:** 2020-05-31

| | OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta) | DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 1 | 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 correspondencia con las necesidades de los pacientes, y teniendo en cuenta que todas las decisiones clínicas generadas en la atención médica, procurarán el mejoramiento de la salud del paciente, el uso | Se realizan actividades tales como toma de gases arteriales, toma de muestras respiratorias, de acuerdo a orden médica. | Se realiza reporte de resultados de gases arteriales, libro de registro de muestras respiratorias |
| 2 | 2. Brindar una atención en salud buscando los mejores estándares de oportunidad, integridad, suficiencia, continuidad y pertinencia, en | Se realizan micronebulizaciones ordenadas a los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intermedios. | En historia clínica y en formato de sala era |
| 3 | 3. Prestar sus servicios asistenciales respetando la autonomía institucional de la SUBRED, su visión, misión, estructura orgánica | Se acoge a las directices institucionales. | Se respetan los protocolos |
| 4 | 4. Realizar las actividades según las necesidades de la subred dando cubertura en todas las unidades en donde se oferta el servicio y sea | Se atiende llamados de los diferentes servicios de la UPSS San Blas para realizar actividades de interconsulta. | Se cubren turnos en otra uss de acuerdo a |
| 5 | 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. | Se brinda educación y asesoría en promoción y prevención a los cuidadores en enfermedades respiratorias. | Registro en historia clínica y entrega de folletos |
| 6 | 6. Llevar registro de las actividades, procedimientos e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos | Se elaboran informes de actividades realizadas durante el mes y se entrega a la Supervisora de contrato. | En el sistema dinámica y en los libros de |
| 7 | 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. | Se diligencia documento de historia clínica enfatizando la confidencialidad y ética durante el manejo de esta. | Registro de entrega de elementos de protección personal y de insumos para |
| 8 | 8. Realizar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación e impartir instrucciones al equipo de salud sobre | Seguimiento a estado de salud de pacientes sala era, | Seguimientos a las 48 horas y a los 7 días |
| 9 | 9. Emitir conceptos médicos que se le requieran, realizar resúmenes de historia clínica, epicrisis u otros documentos asistenciales o administrativos que sean solicitados. | Se realiza evolución de todo procedimiento o tratamiento realizado al paciente para su posterior revisión | En sistema dinamica |
| 10 | 10. Diligenciar en forma completa, oportuna, sistematizada y legible (en los casos en que se presenten fallas del sistema), los formatos, la historia clínica, concordando información, reportes de estudios y demás registros propios de su actuar, de acuerdo a lo establecido | Se diligencia documento de historia clínica enfatizando la confidencialidad y ética durante el manejo de esta. | Registro en historia clinica |
| 11 | 11. Garantizar la debida reserva de la información del paciente y de los registros clínicos. | Se diligencia documento de historia clínica enfatizando la confidencialidad y ética durante el manejo de esta. | Registro en historia clinica |
| 12 | 12. Garantizar la integridad y adecuado funcionamiento de los equipos, elementos e instalaciones, así como la utilización racional de los | Adecuado uso de elementos y dispositivos medicos en el tratamiento de los pacientes. | Reporte oportuno a área encargada |
| 13 | 13. Reportar al área de Recursos Físicos – Activos Fijos de la SUBRED, los equipos de propiedad del contratista, que se destine a las | En caso de portar equipos ajenos a la institución. | Reporte oportuno a área encargada |
| 14 | 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. | Leer los formatos de la institución, conocer la institución | A través de la pagina web y almera |
| 15 | 16. Asistir en la alimentación a los pacientes asignados conservando las precauciones establecidas según el caso. | Asistir a reuniones, capacitaciones | Con firma de asistencia |
| 16 | 17. Apoyar a la Entidad en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales. | Asistir a reuniones, capacitaciones | Con firma de asistencia |
| 17 | 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. | Leer los formatos de la institución, conocer la institución | A través de la pagina web y almera |
| 18 | 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. | Actuar y proceder de acuerdo a lo estipulado por la institución con respuesta oportuna | No aplica |
| 19 | 20. Notificar los sucesos 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 estipulado por la institución con respuesta oportuna | No aplica |
| 20 | 21 Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente. | Actuar y proceder de acuerdo a lo estipulado por la institución con respuesta oportuna | No aplica |
| 21 | 21 Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente. | Actuar y proceder de acuerdo a lo estipulado por la institución con respuesta oportuna | Se reporta a través de la intranet, de ser necesario |
| 22 | 22. Apoyar las 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. | Se realiza de acuerdo a requerimiento | No aplica |
| 23 | 23. Instruir a la comunidad sobre la prevención de las enfermedades propias de su especialidad. | En relación a las actividades relacionadas | Comunicación directa con el personal |
| 24 | 24. Asistir a las jornadas de capacitación, inducción, reuniones, comités y eventos a los cuales sea convocado. | Asistir a reuniones, capacitaciones | Con firma de asistencia |
| 25 | 25. Informar al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de sus obligaciones. | Informar oportunamente cualquier imprevisto que se presente en el desarrollo de las actividades | Se informa al jefe directo via telefonica |
| 26 | 26. Facilitar las labores de supervisión, evaluación y control que la SUBRED, realice en forma directa por la Subdirección de Servicios de Salud, la Oficina de Calidad y/o a través de terceros. | Actuar y proceder de acuerdo a lo estipulado por la institución con respuesta oportuna | No aplica |
| 27 | 27. Cumplir oportunamente las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demás solicitudes de la Supervisión y de la Oficina de Calidad. | Actuar y proceder de acuerdo a lo estipulado por la institución con respuesta oportuna | No aplica |
| 28 | 28. Acreditar inscripción en el RETHUS, MIPRES y RUAF. | Actuar y proceder de acuerdo a lo estipulado por la institución con respuesta oportuna | Me encuentro registrada en Registro Unico Nacional de Talento Humano en Salud. |

**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

ANA Guerra.

**Firma del Contratista**

C.C. 52.772.838 de BOGOTA

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

SOI

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

Banco de Occidente

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | |
|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 52772838 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | ANA CAROLINA GUERRA JIMENEZ |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BOGOTA DISTRITO CAPITAL DEPARTAMENTO: | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL |
| DIRECCIÓN: | CARRERA 81B 6-B85 CASA 193 TELÉFONO: | 3282828 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades reguladoras y facilitadoras de la act |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | NO |

| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | | 196850697 | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | abril AÑO | 2020 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES abril AÑO | 2020 |
| DÍAS DE MORA: | | | 0 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | | 2020/05/28 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 11223134 |

**TOTAL APORTES A PENSIÓN**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| 230301 | 230301-PORVENIR | 1 | $ 197.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 197.600 | $ 0 | $ 197.600 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | $ 197.600 | $ 0 | $ 197.600 |

**TOTAL APORTES A SALUD**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | UPC | COTIZACIÓN | UPC | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS016 | EPS016-COOMEVA S.A. | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 154.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 154.400 | $ 0 | $ 0 | $ 154.400 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | | | | $ 154.400 | $ 0 | $ 0 | $ 154.400 |

**TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-7 | 14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A. | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 30.100 | $ 30.100 | $ 0 | $ 0 | $ 30.100 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | $ 30.100 | $ 0 | $ 0 | $ 30.100 |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | SAL INTEGRAL | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | CC 52772838 | GUERRA JIMENEZ ANA CAROLINA | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE | | $ 1.235.000 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | |

SEGURIDAD SOCIAL – PENSIÓN

| Nº | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 230301-PORVENIR | 30 | $ 1.235.000 | $ 197.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 197.600 |

SEGURIDAD SOCIAL – SALUD / ARP

| Nº | SALUD ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | Vr UPC | TOTAL APORTE | ARP ADMIN | DÍAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | EPS016-COOMEVA S.A. | 30 | $ 1.235.000 | $ 154.400 | $ 0 | $ 154.400 | 14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A. | 30 | $ 1.235.000 | 52772838 | $ 30.100 |

PARAFISCALES

| Nº | DÍAS COT | IBC | CCF ADMIN | CCF TOTAL APORTE | SENA TOTAL APORTE | ICBF TOTAL APORTE | ESAP TOTAL APORTE | MINEDU TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| TOTAL | $ 382.100 |
|---|---|

HORAS 189

$ 3.133.437

Planilla Pagada