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 7166323**
**FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO**

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

## I. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

**No. CONTRATO - OPS:** PS 2581 2020 **C.D.P. No.:** 11

**Proceso al que pertenece:** GESTION HOSPITALARIA
**Unidad a la que pertenece:** UMHES SANTA CLARA

**Nombre del Contratista:** ANGIE XIMENA BOHORQUEZ BETANCOURT **C.C.** 1.069.745.689 **de:** BOGOTA

**Fecha Inicio:** 2020-02-03 **Fecha Terminación incial:** 2020-07-31 **Valor Mensual:** $ 2.884.746 **Valor a cobrar:** $ 2.884.746

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | $ 215.527 | 1457 | 20/05/2020 | 31/07/2020 |
| 2 | $ 6.101.072 | 0 | 01/08/2020 | 31/08/2020 |
| 3 | $ 2.823.154 | 2714 | 01/09/2020 | 30/09/2020 |
| 4 | $ 5.114.208 | 3232 | 01/10/2020 | 31/10/2020 |
| 5 | $ 4.885.280 | 3444 | 01/11/2020 | 30/11/2020 |
| 6 | $ 6.432.652 | 0 | 2020-12-01 | 2021-01-31 |
| 0 | | | | |
| 0 | | | | |

| Nº CTA | MES DE CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR | VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL | NÚMERO DE PLANILLA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | FEBRERO | $ 3.597.643 | $ 478.100 | 8340633200 |
| 2 | MARZO | $ 3.183.168 | $ 445.800 | 8341427261 |
| 3 | ABRIL | $ 2.984.220 | $ 394.000 | 41872028 |
| 4 | MAYO | $ 2.884.746 | $ 215.300 | 0 |
| 5 | JUNIO | $ 2.984.220 | $ 371.300 | 43492207 |
| 6 | JULIO | $ 4.078.434 | $ 371.300 | 44182044 |
| 7 | AGOSTO | $ 4.751.058 | $ 505.000 | 708067913 |
| 8 | SEPTIEMBRE | $ 6.480.000 | $ 588.000 | 45298105 |
| 9 | OCTUBRE | $ 3.183.168 | $ 802.000 | 46037783 |
| 10 | NOVIEMBRE | $ 2.884.746 | $ 394.100 | 803278077 |
| 0 | | | | |
| 0 | | | | |

**Resumen de contrato**

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 19.099.008 | $44.670.901 | $ 37.011.403 | $ 7.659.498 |

## 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:** 2020-11-01 **Hasta:** 2020-11-30

| | OBLIGACIONES ESPECIFICAS (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 | 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 un ambiente de atención personalizada y humanizada, cumpliendo el principio de equidad y con énfasis en actividades, procedimientos, protocolos, intervenciones y guías de atención, de | Se realizan micronebulizaciones ordenadas a los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intermedios. Se realizan acciones propias en el servicio de Sala Era. | En historia clínica y en formato de sala era con sus respectivos seguimientos |
| 3 | 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 | 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 requerido. | 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 requerimiento |
| 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 | Se brinda educación y asesoria en promoción y prevención a los cuidadores en enfermedades respiratorias. | Registro en historia clinica y entrega de folletos |
| 6 | 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 | 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 registro |
| 7 | 7. Respetar los derechos del paciente, cumplir el código de ética médica y las disposiciones legales pertinentes | Se diligencia documento de historia clínica enfatizando la confidencialidad y ética durante el manejo | Registro de entrega de elementos de |
| 8 | 8. Realizar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación e impartir instrucciones | 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 | Se realiza evolución de todo procedimiento o tratamiento realizado al paciente para su posterior | En sistema dinamica |
| 10 | 10. Diligenciar en forma completa, oportuna, sistematizada y legible (en los casos en que se presenten fallas del | Se diligencia documento de historia clínica enfatizando la confidencialidad y ética durante el manejo | 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 | 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 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 | 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 actividades asistenciales. | 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 | 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 | Asistir a reuniones, capacitaciones | Con firma de asistencia |
| 16 | 17. Apoyar a la Entidad en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra | 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 | 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. | 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 | 23. Instruir a la comunidad sobre la prevención de las enfermedades propias de su especialidad. | 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 |

**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.** 1.069.745.689 **de** BOGOTA

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

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 1 DE 1

**DATOS GENERALES**

| TIPO | NUMERO | NOMBRE O RAZON SOCIAL | TIPO PRESENTACION U C S D | SUCURSAL / DEPENDENCIA | CODIGO | PERIODOS DE COTIZACION SALUD MES | SALUD AÑO | PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF MES | PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF AÑO | NUMERO RADICACION | TIPO EMPRESA | CLASE DE APORTANTE | CODIGO ARL | CODIGO OPERADOR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 1069745689- | ANGIE XIMENA BOHORQUEZ BETANCOURT | X | | | 2020 | 10 | 2020 | 4672511 | | PUBLICA / PRIVADA / MIXTA: X | PEQUEÑO / GRANDE / INDEPENDIENTE: X | 14-7 | 83 |

| DIRECCION | CIUDAD/MUNICIPIO | CODIGO | DEPARTAMENTO | CODIGO | TELEFONO | FAX | CORREO ELECTRONICO | ACTIVIDAD ECONOMICA | VALOR NOMINA | TOTAL EMPLEADOS | FECHA DE PAGO (aaaa/mm/dd) | No. AUTORIZACION |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| calle 35 sur 69 a-36 | BOGOTÁ, D.C. | 11001 | BOGOTÁ D. C. | 11 | 7516022 | | ximenabohorquez931@gmail.com | 8692 | 0 | 1 | 2020/11/18 | 803278077 |

**TOTAL APORTES DEL PERIODO A SALUD POR ADMINISTRADORA**

| COD EPS | NIT EPS | COTIZACION OBLIGATOR | UPC ADICIONAL | INCAPACIDADES No.AUTOR | INCAPACIDADES VALOR | LIC.MATERNIDAD No.AUT | LIC.MATERNIDAD VALOR | NETO COTIZAC | DIAS MORA | INTERESES MORA OBL | INTERESES MORA UPC | SUBTOTAL COTIZACION | SUBTOTAL UPC ADIC. | No. RADIC SALDO A FAVOR | SALDO A FAVOR COTIZ OBLIG | SALDO A FAVOR UPC ADICIONAL | TOTAL A PAGAR | No. AFIL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS008 | 860066942-7 | 159,200 | 0 | | 0 | | 0 | 159,200 | 0 | 0 | 0 | 159,200 | 0 | | 0 | 0 | 159,200 | 1 |

174 HORAS
$2884746

**TOTAL APORTES DEL PERIODO A PENSIONES POR ADMINISTRADORA**

| COD AFP | NIT AFP | COTIZ OBLIGAT | COTIZ VOL AFILIADO | COTIZ VOL APORTANT | FONDO SOLI PENS | DIAS MORA | INTERES MORA COTIZ | INTERES MORA FONDO | TOTAL A PAGAR | No. AFIL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230301 | 800224808-8 | 203,800 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 203,800 | 1 |

**TOTAL APORTES DEL PERIODO A CAJAS POR ADMINISTRADORA**

| COD CCF | NIT CCF | VALOR APORTE | DIAS MORA | INTERESES MORA | TOTAL A PAGAR | No. AFIL |
|---|---|---|---|---|---|---|

**TOTAL APORTES DEL PERIODO A ICBF Y SENA**

| CONC | VALOR | DIAS MORA | INT MORA | TOTAL A PAGAR | No. AFIL |
|---|---|---|---|---|---|
| ICBF | | | | | |
| 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| SENA | | | | | |
| 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

**TOTAL APORTES DEL PERIODO A RIESGOS LABORALES**

| COD ARL | NIT ARL | COTIZ OBLIGAT | INCAPACIDADES No.AUTORIZ | INCAPACIDADES VALOR | APORTES OTROS RIESG | VALOR NETO COTIZACION |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 14-7 | 860002503-2 | 31,100 | | 0 | 0 | 31,100 |
| **DIAS MORA** | **INTERES MORA COTI** | **SUBTOTAL APORT COTIZ** | **No. RADICAC SALDO A FAVOR** | **SALDO A FAVOR** | **FONDO SOLIDARIDAD** | **TOTAL A PAGAR** |
| 0 | 0 | 31,100 | | 0 | 311 | 31,100 |

| NUMERO DE ADMINISTRADORAS REPORTADAS | |
|---|---|
| PENSIONES | 1 |
| SALUD | 1 |
| RIESGOS LABORALES | 1 |
| CAJAS DE COMPENSACION | 0 |
| OTRAS | 0 |
| TOTAL | 3 |

**TOTAL APORTES DEL PERIODO A MIN. EDUCACION**

| VALOR | DIAS MORA | INT MORA FONDO | TOTAL A PAGAR |
|---|---|---|---|

**TOTAL APORTES DEL PERIODO A ESAP**

| VALOR | DIAS MORA | INT MORA FONDO | TOTAL A PAGAR |
|---|---|---|---|

| TOTAL A PAGAR POR TIPO ADMINISTRADORA | VALOR ANTES DE ICBF,ESAP,MEN Y MORA | VALOR TOTAL |
|---|---|---|
| PENSIONES | 203,800 | 203,800 |
| SALUD | 159,200 | 159,200 |
| RIESGOS LABORALES | 31,100 | 31,100 |
| CCF | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 |
| MINISTERIO DE EDUCACION | 0 | 0 |
| GRAN TOTAL | 394,100 | 394,100 |

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