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 2583 2020 | **C.D.P. No.:** | 11 | **Proceso al que pertenece:** | GESTION HOSPITALARIA |
| | | | | **Unidad a la que pertenece:** | UMHES SANTA CLARA |

**Nombre del Contratista:** DEISSY ANDREA MUÑOZ MONROY **C.C** 52.485.010 **de:** BOGOTA

**Fecha Inicio:** 2020-02-03 **Fecha Terminación incial:** 2020-07-31 **Valor Mensual:** $ 5.400.000 **Valor a cobrar:** $ 5.400.000

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | $ 2.984.220 | 0 | 2020-08-01 | 2020-08-31 |
| 2 | $ 2.681.052 | 0 | 1900-01-00 | 1900-01-00 |
| 3 | $ 2.681.052 | 0 | 01/09/2020 | 30/09/2020 |
| 4 | $ 5.120.526 | 0 | 01/10/2020 | 31/10/2020 |
| 0 | | | | |
| 0 | | | | |
| 0 | | | | |
| 0 | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| Nº CTA | MES DE CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR | VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL | NÚMERO DE PLANILLA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | FEBRERO | $ 2.785.272 | $ 689.000 | 40134145 |
| 2 | MARZO | $ 3.183.168 | $ 689.000 | 40763270 |
| 3 | ABRIL | $ 2.984.220 | $ 689.000 | 41822028 |
| 4 | MAYO | $ 2.984.220 | $ 689.000 | 42061826 |
| 5 | JUNIO | $ 2.984.220 | $ 689.000 | 42776462 |
| 6 | JULIO | $ 3.183.168 | $ 399.600 | 43773373 |
| 7 | AGOSTO | $ 4.192.110 | $ 689.000 | 44212374 |
| 8 | SEPTIEMBRE | $ 5.400.000 | $ 689.300 | 44849364 |
| 0 | | | | |
| 0 | | | | |
| 0 | | | | |
| 0 | | | | |

**Resumen de contrato**

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 18.502.164 | $31.969.014 | $ 27.696.378 | $ 4.272.636 |

## 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:** 2020-09-01 **Hasta:** 2020-09-30

| | OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta) | DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 1 | 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 institucionales. | 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 asesoría 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 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 los procedimientos ordenados | Seguimiento a estado de salud de pacientes sala era, | Seguimientos a las 48 horas y a los 7 dias |
| 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 | 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 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 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 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-FAPB. | 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

DEISSY A. MUÑOZ

**Firma del Contratista**

**C.C.** 52.485.010 **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



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 52485010 | DEISSY ANDREA MUÑOZ MONROY | CALLE 183 No. 8-95 | 6706040 | deissy_andrea@hotmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – 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 |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2020-08 | 2020-08 | I | 07/09/2020 | 44849364 | $689.000 | |

## 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 | 278.400 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 278.400 | 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 | 356.300 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 356.300 | 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 | | | | | | | | | | |
| 14-23 | Positiva Seguros | 860011153-6 | 54.300 | | | | 54.300 | 0 | 0 | 54.300 | | | 543 | 54.300 | 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 | | | | |
| | | | | |

$4.192.110

$5400.000

**TOTALES POR SUBSISTEMA**

| Tipo Administradora | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
|---|---|---|---|
| Salud | 1 | 278.400 | 278.400 |
| Pensión | 1 | 356.300 | 356.300 |
| Riesgos Laborales | 1 | 54.300 | 54.300 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 689.000 | 689.000 |

PAGADA 44849364

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