## 1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

| | | | |
|---|---|---|---|
| No. CONTRATO - OPS: | 2577-2020 | C.D.P. No.: | 11 |
| Proceso al que pertenece: | ASISTENCIAL | | |
| Unidad a la que pertenece: | SAN BLAS | | |
| Nombre del Contratista: | DORIS YANETH PINZON SANDOVAL | C.C. | 52,334,566 de: BOGOTA |
| Fecha Inicio: | 2020-02-01 | Fecha Terminación incial: | 2020-07-31 |
| Valor Mensual: | $ 3.083,694 | Valor a cobrar: | $ 3,083,694 |

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | $ 2,785,272 | 2221 | 2020-08-01 | 2020-08-31 |
| 2 | $ 2,681,052 | 2714 | 2020-09-01 | 2020-09-30 |
| 3 | $ 5,741,052 | 3232 | 2020-10-01 | 2020-10-31 |
| 4 | $ 4,774,752 | 3444 | 2020-11-01 | 2020-11-30 |
| 5 | $ 6,167,388 | 3833 | 2020-12-01 | 2021-11-30 |
| 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 | NÚMERO DE PLANILLA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | FEBRERO | $ 2,984,220 | $ 382,600 | 40575849 |
| 2 | MARZO | $ 3,183,168 | $ 362,600 | 41321535 |
| 3 | ABRIL | $ 2,984,220 | $ 394,300 | 41907688 |
| 4 | MAYO | $ 3,183,168 | $ 228,700 | 42821847 |
| 5 | JUNIO | $ 2,984,220 | $ 228,700 | 43062260 |
| 6 | JULIO | $ 3.183.168 | $394,300.00 | 403705805 |
| 7 | AGOSTO | $4.812.636 | $ 394,300 | 448000098 |
| 8 | SEPTIEMBRE | $ 5,400,000 | $ 603,400 | 45486599 |
| 9 | OCTUBRE | $ 2,984,220 | $ 668,300 | 46055324 |
| 10 | NOVIEMBRE | $ 2,884,746 | $ 370,300 | 46760398 |
| 11 | DICIEMBRE | $ 3,083,694 | $ 382,100 | 41155392 |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |
| 14 | | | | |
| 15 | | | | |
| 16 | | | | |
| 17 | | | | |
| 18 | | | | |
| 19 | | | | |
| 20 | | | | |
| 21 | | | | |
| 22 | | | | |

Resumen de contrato

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 19,099,008 | $ 41,248,524 | $ 37,667,460 | $ 3,581,064 |

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

OBJETO DEL CONTRATO

Relación de actividades para el periodo: Desde: 2020-12-01 Hasta: 2020-12-31

| | OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta) | DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUTO 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 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 racional del conocimiento médico y de los recursos disponibles. | Realizólas 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 racional del conocimiento médico y de los recursos disponibles. | Historia clínica Hoja de Evolucion Terapia Respiratoria y/o TEREVO |
| 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 acuerdo a los estándares de habilitación y acreditación. | Brindó 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 acuerdo a los estándares de habilitación y acreditación. | Historia clínica Hoja de Evolucion Terapia Respiratoria y/o TEREVO |
| 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 | Prestó servicios asistenciales respetando la autonomía institucional de la SUBRED, su visión, misión, estructura orgánica reglamentos administrativos, técnicos, científicos y disciplinarios, acogiendo las directrices institucionales | Adherencia a guias |
| 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. | Realizó actividades según las necesidades de la subred dando cubertura en todas las unidades en donde se oferta el servicio y sea requerido. | Disponibilidad de toma de muestras en diferentes Caps |
| 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. | Informó 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. | Historia clínica Hoja de Evolucion Terapia Respiratoria y/o TEREVO |
| 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. | Llevó registro de la atención de las actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la normatividad vigente y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación | Formato control estadistica y formato de facturación |
| 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 | Respetó los derechos del paciente, cumplo el código de ética médica y las disposiciones legales pertinentes propias de los servicios en donde se preste la atención | No aplica |
| 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. | Realizó seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación e impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados. | Historia clínica Hoja de Evolucion Terapia Respiratoria y/o TEREVO, Matriz Sala ERA |

Scanned with CamScanner

| | | | |
|---|---|---|---|
| 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 | Historia clínica Hoja de Evolucion Terapia Respiratoria y o TEREVO |
| 10 | Diligenciar en forma completa, oportuna, sistematizada y legible (en los casos en que se presenten fallas del sistema), los formatos, la 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 la firma. | Se diligencia documento de historia clínica enfatizando la confidencialidad y ética durante el manejo de esta. | Historia clínica Hoja de Evolucion Terapia Respiratoria y/o TEREVO |
| 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. | Historia clínica Hoja de Evolucion Terapia Respiratoria y/o TEREVO |
| 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 EPP, equipos medicos, control de insumos y dispositivos medicos en el tratamiento de los pacientes | Formato limpieza y desinfección, Formato entrega de EPP, |
| 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 | 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 | Utilización Almera, mesa de ayuda y Reporte sucesos seguridad del paciente |
| 5 | Participar en la programación de actividades del servicio. | Asistir a reuniones, capacitaciones | Actas de asistencia y socializacion |
| 6 | Participar en la elaboración, actualización, implementación y adherencia de guías, manuales, procedimientos y protocolos que apliquen al servicio. | Participó en la elaboración, actualización, implementación y adherencia de guías, manuales, procedimientos y protocolos que apliquen al servicio. | Plantilla protocololos, procedimientos |
| 7 | Apoyar a la Entidad en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales. | Leer los formatos de la institución, conocer la institución | A tavés de la pagina web y almera |
| 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. | Realizar respuesta clara y oportuna de quejas, reclamos y sugerencias | Correo Institucional |
| 19 | Prestar el apoyo necesario para dar respuesta a objeciones iníciales evitando así que se genere Glosa Definitiva o procesos de Conciliación por parte de EPS-S-EAPB | Presentar soportes acordes con la glosa o procesos de conciliacion | Soportes de cobros |
| 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 | Realizó Notificación de los sucesos de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio | Reporte sucesos seguridad del paciente |
| 21 | Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente | Se realiza notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente | Fichas de notificacion |
| 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 | Instruir a la comunidad sobre la prevención de las enfermedades propias de su especialidad. | Brindar educación y orientacion en enferemedad respiratoria | Historia clinica Hoja de Evolucion Terapia Respiratoria y o TEREVO, Matriz Sala ERA |
| 24 | Asistir a las jornadas de capacitación, inducción, reuniones, comités y eventos a los cuales sea convocado | Asistió a las jornadas de capacitación, inducción, reuniones, comités y eventos a los cuales sea convocado | Formato firmas de asistencia |
| 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 | 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. | Facilitó 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. | No aplica |
| 27 | Cumplir oportunamente las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demás solicitudes de la Supervisión y de la Oficina de Calidad. | Cumplió oportunamente las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demás solicitudes de la Supervisión y de la Oficina de Calidad. | Formato de acta |
| 28 | Acreditar inscripcion en el RETHUS, MIPRES y RUAF. | Actuar y proceder de acuerdo a lo estipulado por la institución con respuesta oportuna | Tengo registro en el aplicativo Rethus |

| | |
|---|---|
| | Doris Y. Pinzón S.<br>Firma del Contratista |
| Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL.<br>En caso de tener contrato nuevo se debe anexar también la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro | C.C. 52,334,566 de BOGOTA |

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS | |
|---|---|
| NOMBRE: | ANGELA MARIA MENDOZA MEZA |
| CARGO | LIDER APOYO TERAPEUTICO Y REHABILITACION SUBRED CENTRO ORIENTE |
| FIRMA | |

Scanned with CamScanner

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

| | |
|---|---|
| **Señor(a):** | DORIS YANETH PINZON SANDOVAL |
| **No. Identificación:** | CC52334566 |
| **Dirección:** | CRA 93 N 75-10 |
| **Telefono:** | 2527179 |
| **Correo:** | pinzonsandovald@gmail.com |
| **Ciudad:** | BOGOTÁ, D.C. |
| **Número de Planilla:** | 47155392 |

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

| | |
|---|---|
| **Nombre Aportante** | DORIS YANETH PINZON SANDOVAL |
| **Tipo y número de identificación** | CC52334566 |
| **Número de planilla** | 47155392 |
| **Fecha pago** | 2020-12-07 |
| **Número de autorización pago** | 876089 |
| **Banco** | 1083 |

| | |
|---|---|
| **Número de Empleados** | 1 |
| **Periodo de Cotización Salud** | noviembre de 2020 |
| **Periodo de Cotización Pensión** | noviembre de 2020 |
| **Número de Administradoras** | 3 |
| **Total Pagado** | 382100 |
| **Total Intereses de Mora** | 0 |

PAGADA

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|---|---|---|---|
| 14-7 | Cia. de Seguros Bolivar S.A. | 30100 | 1 |
| 25-14 | Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones | 197600 | 1 |
| EPS008 | Compensar EPS | 154400 | 1 |

47155392

*TIPO DOC.:* CC
*NO. DOCUMENTO:* 52334566
*APELLIDOS Y NOMBRES:* DORIS YANETH PINZON SANDOVAL

| Cód. EPS | Cód. AFP | IBC SALUD | IBC PENSIÓN | IBC RIESGOS | IBC CAJAS | COTIZACIÓN SALUD | VALOR UPC | COTIZACIÓN PENSIÓN | FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN RIESGOS | APORTE CAJAS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS008 | 25-14 | 1235000 | 1235000 | 1235000 | 0 | 154400 | 0 | 197600 | 0 | 30100 | 0 |

Identificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Scanned with CamScanner