

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:PS 2624 2020

C.D.P. No.:3444

Proceso al que pertenece:GESTION HOSPITALARIA

Unidad a la que pertenece:UNIDAD DE PRESTACION DE SERVICIOS SANTA CLARA

Nombre del Contratista:ERIKA PAOLA BENAVIDES JIMENEZ

C.C.1.018.454.242

de:Bogotá D.C.

Fecha Inicio:2020-02-01

Fecha Terminación inicial:2020-07-31

Valor Mensual:\$ 2.768.693

Valor a cobrar:\$ 2.768.693

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	\$ 2.039.217	2221	2020-08-01	2020-08-31
2	\$ 3.216.326	2714	2020-09-01	2020-09-30
3	\$ 1.591.584	3232	2020-10-01	2020-10-31
4	\$ 4.376.856	3444	2020-11-01	2020-11-30
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

N° CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	FEBRERO	\$ 3.000.799	\$ 371.500	8605342872
2	MARZO	\$ 3.067.115	\$ 371.500	8605428777
3	ABRIL	\$ 2.934.483	\$ 363.300	8606399308
4	MAYO	\$ 2.768.693	\$ 342.800	8607061485
5	JUNIO	\$ 3.083.694	\$ 381.900	8607061485
6	JULIO	\$3.199.747	\$ 381.900	8608070285
7	AGOSTO	\$ 2.785.272	\$ 396.000	8608547929
8	SEPTIEMBRE	\$ 3.216.326	\$ 345.000	8609054898
9	OCTUBRE	\$ 3.050.536	\$ 398.300	8609547133
10	NOVIEMBRE	\$ 2.768.693	\$ 377.700	8610155595
11				
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	\$ 30.322.991	\$ 26.675.611	\$ 3.647.380

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

OBJETO DEL CONTRATO

Apoyo asistencial en el Area de la Unidad de Salud Mental de la Subred integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. Unidad Prestadora Servicios de Salud SANTA CLARA

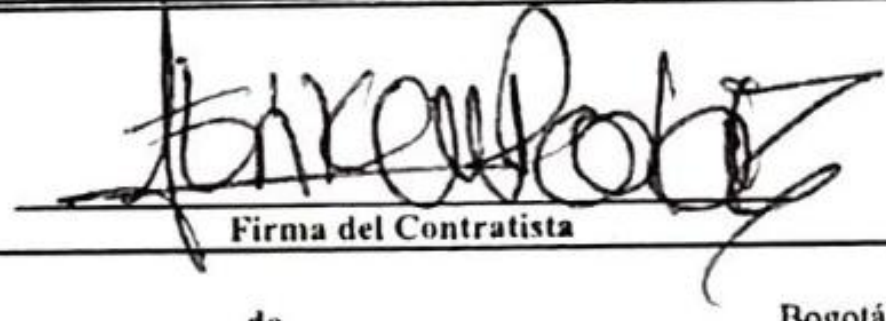
Relación de actividades para el periodo:

Desde:2020-11-01

Hasta:2020-11-30

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 de su especialidad, 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.	Se cumple bajo el ejercicio de valoración inicial, planteamiento de un plan de tratamiento y seguimientos a través de la intervención con cada usuario, teniendo en cuenta el diagnóstico del mismo y la identificación de necesidades de cada uno desde su particularidad, adicionalmente de las recomendaciones finales al terminar su tratamiento, así como la revista mensual de cada usuario por el equipo terapéutico (hospital día, salud mental).	Cumpro con el registro individual de cada Valoración e Intervención terapéutica bajo el número de documento de cada usuario en su historia clínica, en el sistema Dinamica Gerencial.
2	Brindar una atención en salud con oportunidad, integridad, suficiencia 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.	Llevo a cabo intervención individual, grupal y familiar con los usuarios de acuerdo a su plan de manejo terapéutico bajo los protocolos de atención en salud mental, teniendo en cuenta la atención humanizada, profesional, ética y oportuna bajo el principio de confidencialidad de la intervención y registro en historia clínica en pro de la evolución favorable del paciente y mejoría en su calidad de vida.	Cumpro con el registro individual de cada Intervención terapéutica bajo el número de documento de cada usuario en su historia clínica, en el sistema Dinamica Gerencial.
3	Realizar las actividades según las necesidades de la subred dando cobertura en todas las Unidades en donde se presta el servicio y sea requerido.	Realizo las actividades de acuerdo a la solicitud de necesidades de la Subred centro Oriente con completa disponibilidad a ejercer los objetivos y/o actividades que se considere necesario.	Registro la evidencia en el sistema dinamica gerencial.
4	Informar al paciente y su familia sobre la condición clínica, plan de manejo, atención y recomendaciones de egreso, generando un alto grado de satisfacción sobre los servicios prestados, resolviendo inquietudes relacionadas con el proceso de atención.	Realizo intervención terapéutica y proceso de Psicoeducación al usuario y su red de apoyo, teniendo en cuenta los protocolos de atención en salud mental para psicología y la importancia la atención humanizada, profesional, ética y oportuna, bajo el principio de confidencialidad, garantizando una información clara, oportuna y precisa.	Cumpro con el registro individual de cada Intervención terapéutica/psicoeducación bajo el número de documento de cada usuario en su historia clínica, en el sistema Dinamica Gerencial.

5	Los registros de las atenciones, procedimientos, actividades e intervenciones, que permita 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.	Realizo registro diario de cada una de las actividades realizadas teniendo en cuenta el servicio, nombre y documento del usuario y actividad desarrollada para su registro pertinente por el área de facturación. Igualmente se realizara de acuerdo a las necesidades de la Subred Centro Oriente con completa disponibilidad a suministrar la información que sea requerida.	Registro cada Intervención terapéutica bajo el número de documento de cada usuario en su historia clínica, en el sistema Dinámica Gerencial y realizo reporte diario de actividades el cual es envío a los correos: pao5292@gmail.com y referentefacturacionsantaclara@gmail.com
6	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.	Realizo atención terapéutica acorde a los protocolos de atención en salud mental, teniendo en cuenta la atención humanizada, profesional, ética y oportuna bajo el principio de confidencialidad de la intervención y registro en historia clínica en pro de la evolución favorable del paciente y mejoría en su calidad de vida.	Cumplo con el manejo del conocimiento de los deberes y derechos de los usuarios y los trabajadores. Registro la Intervención terapéutica bajo el número de documento de cada usuario en su historia clínica, en el sistema Dinámica Gerencial.
7	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.	Realizo atención terapéutica y psicoeducación en los procesos, acorde a los protocolos de atención en salud mental, teniendo en cuenta la atención humanizada, profesional, ética y oportuna bajo el principio de confidencialidad de la intervención y registro en historia clínica de manera presencial y telefónica como sea pertinente.	Cumplo con el registro individual de cada Intervención terapéutica bajo el número de documento de cada usuario en su historia clínica, en el sistema Dinámica Gerencial.
8	Emitir conceptos médicos que se requieran, de conformidad a su especialidad, realizar resúmenes de historia clínica, epícrisis u otros documentos asistenciales o administrativos que sean solicitados.	Lo realizo de acuerdo a la solicitud de necesidades y/o solicitud del usuario o entidad solicitante con completa disponibilidad a ejercer para los objetivos y/o actividades que se considere necesario.	Cumplo con el registro individual de la información solicitada bajo el número de documento de cada usuario en su historia clínica, en el sistema Dinámica Gerencial.
9	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 auditoría y demás directrices relacionadas con el manejo de historias clínicas y respaldando todas las actuaciones realizadas al paciente con la firma.	Realizo el registro completo, oportuno, sistematizado 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, de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente, los procedimientos de auditoría y demás directrices relacionadas con el manejo de historias clínicas.	Diligencio en forma completa, oportuna, sistematizada y legible los documentos de forma física en los casos que falle el sistema y/o sistema dinámica gerencial, respaldado con firma.
10	Garantizar la debida reserva de la información del paciente y de los registros clínicos.	Actuo bajo el principio de confidencialidad y ética profesional, dándole a conocer al usuario desde la primera atención, así como un uso adecuado del sistema Dinámica Gerencial.	Mantengo en reserva del usuario y clave asignado para el uso, registro y apertura de la historia clínica de cada usuario, adicionalmente Registro individual de la información solicitada bajo el número de documento de cada usuario en su historia clínica, en el sistema Dinámica Gerencial.
11	Utilizar de manera adecuada los equipos, elementos e instalaciones y 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.	Realizo el uso de manera responsable y apropiada de herramienta tecnológica computador para el registro de las actividades de cada uno de los usuarios, así como de las instalaciones de la UMHEs Santa Clara y/o demás instalaciones de la Subred Centro Oriente de ser necesario.	Cumplo con el reporte de daños y/o dificultades con el área encargada de soporte tecnológico y/o recursos físicos para su manejo.
12	Reportar al área de Recursos Físicos - Activos Fijos de la SUBRED, los equipos de propiedad del contratista, que se destine a las actividades asistenciales.	Realizo el respectivo reporte desde su ingreso a la Subred Centro Oriente en el área de recursos físicos - activos fijos.	Informo al área de Recursos Físicos - Activos Fijos de la SUBRED.
13	El contratista deberá responder por la seguridad de los equipos que se encuentren bajo su custodia.	Diligencio y firmo los documentos que certifiquen mi responsabilidad sobre los equipos así como informo a tiempo las dificultades que se presenten con los mismos al área encargada.	Garantizo en mi lugar de trabajo el buen uso de los equipos a mi cargo y realizo los reportes pertinentes al área encargada.
14	Apoyar 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.	Brindo apoyo para la elaboración de respuestas a reclamaciones y requerimientos de los usuarios, que lleguen a la subred centro oriente y/o oficina Ufen Salud Mental.	Cumplo con mi participación en la elaboración de las respuestas a requerimientos y reclamaciones que se lleguen a la subred centro oriente y/o Ufen salud mental.
15	Prestar el apoyo necesario para dar respuesta a objeciones iniciales evitando así que se genere Glosa Definitiva o procesos de Conciliación por parte de EAPB.	Brindo el apoyo y conocimientos para el apoyo a dar respuestas a objeciones iniciales en pro de evitar que se generen Glosas y participo en el procesos de conciliación.	Participo en el apoyo a dar respuestas a objeciones que eviten glosas completas, así como realizo apoyo en procesos de conciliación de acuerdo a mis conocimientos.
16	Notificar los sucesos de seguridad que se presenten durante el proceso de atención al paciente y apoyar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.	Garantizo en primer momento la seguridad y estabilidad del paciente después del suceso e informo a seguridad del paciente el evento ocurrido a través de los mecanismos interpuestos para la misma como lo son el medio verbal y línea de whatsapp 3023399610, así como participo en el análisis y reuniones a las cuales sea convocada y garantizar las acciones de mejora pertinentes garantizando su no repetición.	Garantizo el reporte de los eventos, así como cumplo con las acciones de mejora pertinentes.
17	Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.	Identifico y reporto a tiempo y ante las áreas y/o entidades encargadas los eventos de notificación obligatoria.	Garantizo el reporte y/o manejo pertinente y registro el reporte de los eventos de notificación en el sistema dinámica gerencial.
18	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.	Realizar el apoyo y participación de acuerdo a mis conocimientos a las actividades de docencia e investigación para el desarrollo y formación del recurso humano en salud ya sea académico o para personal del servicio.	Cumplo con mi participación de acuerdo a mis conocimientos y realizo el registro de evidencia de acuerdo a su necesidad, en el sistema dinámica gerencial.
19	Instruir a la comunidad sobre la prevención de las enfermedades propias de su especialidad.	Lo ejecuto de acuerdo a la solicitud de necesidades de la Subred Integrada de servicios de Salud Centro Oriente.	Realizo el registro de evidencia de acuerdo a su necesidad, en el sistema dinámica gerencial.

20	Asistir a las jornadas de capacitación, inducción, reuniones, comités y eventos a los cuales sea convocado.	Lo ejecuto de acuerdo a la solicitud de necesidades de la Subred Integrada de servicios de Salud Centro Oriente y cumpro con la asistencia y participacion a los eventos convocados.	Firmo los registros de asistencia pertinentes y participo en los procesos o eventos que sea convocada por la Subred.
21	Informar oportunamente al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de sus obligaciones.	Solicito reunion presencial (o el medio que se considere pertinente) con el Supervisor del contrato para dar a conocer las novedades de manera eficaz y oportuna que puedan estar afectando el cumplimiento de mis actividades.	Realizo registro de la situacion por escrito con fecha, hora, situacion y manejo a seguir.
22	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.	Lo ejecuto de a acuerdo a la solicitud de necesidades de la comunidad a traves de la Subred Integrada de servicios de Salud Centro Oriente.	Realizo el registro de evidencia de acuerdo a su necesidad, en el sistema dinamica gerencial.
23	Cumplir oportunamente las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demás solicitudes de la Supervisión y de la Oficina de Calidad.	Cumplo de acuerdo a las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demás solicitudes de la Supervisión y de la Oficina de Calidad de la Subred Centro Oriente.	Cumplo con las recomendaciones de acuerdo a las actas de compromiso y /o recomendaciones ante la ocifina de calidad.
24	Acreditar inscripción en el RETHUS, MIPRES y RUAF.	Garantizo la inscripcion en Rethus y entidades y/o herramientas de consulta que sea necesario.	Cumplo con la inscripcion con mi documento identidad: cedula de ciudadanía y con los soportes presentes en mi documentacion del contrato y/o ante consulta en pagina web.
25	Portar el carnet institucional de la SUBRED durante la ejecución de las actividades contractuales.	Cumplo con el porte de mi carnet institucional de la Subred Centro Oriente durante la ejecucion de mis actividades contractuales con fecha vigente, legible y en un lugar visible.	Porto mi carnet en lugar visible , durante ejecucion de actividades en la Subred Centro Oriente.
26	Prestar el servicio de conformidad con la programación de agenda acordada con el supervisor del contrato, para el desarrollo de sus actividades.	Realizo las actividades terapeuticas de acuerdo a la solicitud de necesidades de la Subred centro Oriente con completa disponibilidad a ejercer los objetivos y/o actividades que se considere necesario por el supervisor de mi contrato.	Realizo el registro de evidencia de acuerdo a su necesidad, en el sistema dinamica gerencial.
27	Participar en las investigaciones y estudios específicos de casos tendientes a resolver causas y soluciones a problemas propios de su especialidad relacionados con esta. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.	Participo en las investigaciones y estudios de caso que sean solicitados por el servicio que lo requiera en la Subred Centro Oriente.	Cumplo con la disponibilidad para la participacion de estas actividades y registro en historia clinica dinamica gerencial..
Observaciones:		 Firma del Contratista	
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		C.C. 1.018.454.242 de Bogotá D.C	

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	Hugo González Reyes Guerrero
CARGO:	Medico Especialista Unidad Salud Mental
FIRMA	



RAZON SOCIAL :	ERIKA PAOLA BENAVIDES JIMENEZ
IDENTIFICACION:	CC-1018454242
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2020-11-20
FECHA LIMITE DE PAGO:	2020-11-11
FECHA DE PAGO:	2020-11-06
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DAVIVIENDA
PERIODO PENSION:	2020-10
PERIODO SALUD:	2020-10
NUMERO PLANILLA:	8610155595
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8699815431
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS008	860066942	COMPENSAR-EPS	1	\$ 1.220.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 152.600	\$ 152.600
25-14	900336004	COLPENSIONES	1	\$ 1.220.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 195.300	\$ 195.300
14-7	860002503	SEGUROS BOLIVAR	1	\$ 1.220.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 29.800	\$ 29.800
Total a pagar					\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 377.700	\$ 377.700

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	10/12/2020
----------------------------------	------------

Se certifica que la empresa , identificada con CC-1018454242 sucursal 0, canceló los aportes de seguridad social y parafiscales de la siguiente manera:

REFERENCIA POR TIPO DE PLANILLA		CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE ADMINISTRADORA	Nro. AFILIADOS	DÍAS MORA	COTIZACIÓN	INTERES	VALOR TOTAL
Periodo pensión:	2020-10	25-14	900336004	COLPENSIONES	1	0	195.300	0	195.300
Periodo salud:	2020-10	EPS008	860066942	COMPENSAR-EPS	1	0	152.600	0	152.600
Planilla Nro.:	8610155595 Tipo I	14-7	860002503	SEGUROS BOLIVAR	1	0	29.800	0	29.800
Clase de aportante:	I	SINCCF	0	SIN CCF	1	0	0	0	0
Fecha transacción:	2020-11-06	PASENA	899999034	SENA	0	0	0	0	0
Banco:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	PAICBF	899999239	ICBF	0	0	0	0	0
Transacción:		PAESAP	899999054	ESAP	0	0	0	0	0
		PAMIED	899999001	MINEDU	0	0	0	0	0
GRAN TOTAL									\$ 377.700

PAGADO

DATOS GENERALES																		
TIPO	NÚMERO	NOMBRE O RAZÓN SOCIAL			TIPO PRESENTACIÓN	SUCURSAL / DEPENDENCIA	CÓDIGO	PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	NÚMERO PLANILLA	REFERENCIA DE PAGO (PIN)	TIPO EMPRESA	CLASE APORTANTE	CÓDIGO ARL	CÓDIGO OPERADOR			
CC	1018654242	ERIKA PAOLA BENAVIDES JIMENEZ			Orico	0	0	2020-10	2020-10	#610155595	#60915411	PRIVADA	1	14-7	86			
DIRECCIÓN		CIUDAD / MUNICIPIO	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CÓDIGO	TELÉFONO	FAX	CORREO ELECTRÓNICO		ACTIVIDAD ECONÓMICA		VALOR NÓMINA	TOTAL EMPLEADOS	FECHA DE PAGO	FECHA LÍMITE DE PAGO			
CALLE 64 JK 24 AJTO 203		BOGOTÁ	1	BOGOTÁ D.C	11	5484058	0	erikabenavidesjimenez@gmail.com		7490		0	1	2020-11-04	2020-11-11			
TOTAL APORTES A SALUD POR ADMINISTRADORA																		
CÓD / NOMBRE EPS	NIT EPS	COT OBLIGATORIA	UPC ADICIONAL	# AUT INC	VALOR INC	# AUT LIC	VALOR LIC	NETO COT	DÍAS MORA	INTERESES	INTERESES UPC	SUBTOTAL COT	SUBTOTAL UPC	NÚM RAD ANTERIOR	SALDO A FAVOR	SALDO A FAVOR UPC	TOTAL PAGAR	NÚM AFILIADOS
EPSUGR	860066942	152600	0	0	0	0	0	152600	0	0	0	152600	0	0	0	0	152600	1

TOTAL APORTES A PENSIÓN POR ADMINISTRADORA										
CÓD / NOMBRE AFP	NIT AFP	COT OBLIGATORIA	COT VOL AF	COT VOL AP	FONDO SOL	DÍAS MORA	INTERESES	INTERESES FONDO SOL	TOTAL PAGAR	NÚM AFILIADOS
25-14	907316004	155300	0	0	0	0	0	0	195300	1

TOTAL APORTES A RIESGOS LABORALES													
CÓD / NOMBRE ARL	NIT ARL	COT OBLIGATORIA	# AUT INC	VALOR INC	OTROS RIESGOS	NETO COT	DÍAS MORA	INTERESES	SUBTOTAL APORTES	NÚM RAD ANTERIOR	SALDO FAVOR	FONDO SOL	TOTAL PAGAR
14-7	860067503	29800	0	0	0	29800	0	0	29800	0	0	0	29800

TOTAL APORTES A ESAP				
VALOR		DÍAS MORA	INTERESES	TOTAL A PAGAR
0		0	0	0

TOTAL APORTES A MINISTERIO				
VALOR		DÍAS MORA	INTERESES	TOTAL A PAGAR
0		0	0	0

TOTAL APORTES A CAJAS POR ADMINISTRADORA						
CÓD / NOMBRE CCF	NIT CCF	VALOR APORTE	DÍAS MORA	INTERESES	TOTAL PAGAR	NÚM AFILIADOS
SINCCF	0	0	0	0	0	1

TOTAL APORTES A ICBF Y SEHA					
ICBF					NÚM AFILIADO
VALOR	DÍAS MORA	INTERESES	TOTAL PAGAR		
0	0	0	0		0
SEHA					NÚM AFILIADO
VALOR	DÍAS MORA	INTERESES	TOTAL PAGAR		
0	0	0	0		0

NÚMERO ADMINISTRADORAS	
PENSIONES	1
SALUD	1
RIESGOS LABORALES	1
CAJAS COMPENSACION	0
TOTAL A PAGAR POR ADMINISTRADORA	
PENSIONES	195300
SALUD	152600
RIESGOS LABORALES	29800
CAJAS COMPENSACION	0
SEHA	0
ICBF	0
ESAP	0
MINISTERIO	0
GRAN TOTAL	177700