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 ABASTECIMIENTO
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 2674 2020 **C.D.P. No.:** 11 **Proceso al que pertenece:** URGENCIAS **Unidad a la que pertenece:** USS JORGE ELIECER GAITAN

Nombre del Contratista: KELLY ALEXANDRA MESA INFANTE **C.C.** 52.918.775 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2020-02-01 **Fecha Terminación incial:** 2020-07-31 **Valor Mensual:** $ 5.633.640 **Valor a cobrar:** $ 6.009.216

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 11.517.664	2221	2020-08-01	2020-08-31
2	$ 5.132.872	2714	2020-09-01	2020-09-30
3	$ 3.767.312	2802		
4	$ 4.915.830	3232	2020-10-01	2020-10-31
5	$ 10.380.114	34444	2020-11-01	2020-11-30
6	$ 11.079.492	3833	2020-12-01	2021-01-31
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	$ 5.821.428	$ 723.300	40787665
2	MARZO	$ 6.009.216	$ 747.100	41471902
3	ABRIL	$ 6.384.792	$ 743.700	42009089
4	MAYO	$ 8.325.268	$ 458.300	42403828
5	JUNIO	$ 6.760.368	$ 597.500	43315694
6	JULIO	$ 7.135.944	$ 836,700	44178806
7	AGOSTO 1 - 14	$ 3.755.760	$ 883.300	44602716
8	AGOSTO 15-31	$ 5.520.000	$ 883.300	44602716
9	SEPTIEMBRE	$ 8.160.000	$ 1.185.100	45588480
10	OCTUBRE	$ 7.323.732	$ 1.009.900	46079853
11	NOVIEMBRE	$ 5.633.640	$ 906.500	46679383
12	DICIEMBRE	$ 5.633.640	$ 697.200	47231073
13	ENERO	$ 6.009.216	$ 697.200	47772738
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
$ 36.806.448	$ 83.599.732	$ 82.473.004	$ 1.126.728

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES, DE MANERA PERSONAL Y AUTONOMA EN CONDICION DE MEDICO, PARA LA EJECUCION DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES , EN LOS DIFERENTES SERVICIOS Y EN LAS UNIDADES QUE SE REQUIERA, CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2021-01-01 **Hasta:** 2021-01-31

	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.	Realice las actividades , diagnosticos y procedimientos dados dentro del plan de manejo de manera oprotuna con un alto nivel cientfico, etico y humano, teniendo en cuenta y aplicando las decisiones clinicas generadas en la atencion medica que procuran el mejoramiento de salud de los pacientes	Registro adecuado y oportuno de las atenciones realziadas en formato historia clinica de Dinamica
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.	Brinde atencion medica con oprotunidad, integridad, suficiencia y pertencia, teniendo presente el decalogo de humanizacion	Registro adecuado y oportuno de las atenciones realziadas en formato historia clinica de Dinamica
3	Realizar las actividades según las necesidades de la subred dando cubertura en todas las Unidades en donde se presta el servicio y sea requerido.	Realice actividades según las necesidades del servico y de la Subred dando cobertura cuando se requirrio	Registro adecuado y oportuno de las atenciones realziadas en formato historia clinica de Dinamica
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.	Informe oportunamente al paciente y sus familiares sobre la condicion clinica , plan de manejo y diferentes conductas generadas de la atencion, resolviendo dudas y demas.	Registro adecuado y oportuno de las atenciones realziadas en formato historia clinica de Dinamica
5	Diligenciar 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.	Realice los registro de las atenciones brindadas, asi como los procedimientos , actividades e intervenciones realizadas en desarrollo de mis funciones de acuerdo a la normatividad vigente.	Registro adecuado y oportuno de las atenciones realziadas en formato historia clinica de Dinamica
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.	Respete los derechos de los paciente dando a cumplir el codigo de etica medicay las disposiciones legales pertienentes propias de los servicios donde realice mis activiades	Uso adecuado de Decalogo de Humanizacion
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.	Realice el seguimiento y control de los pacientes en los que se requirrio mi participacion y di instrucciones a mi equipo de salud sobre los procedimientos ordenados	Registro adecuado y oportuno de las atenciones realziadas en formato historia clinica de Dinamica
8	Emitir conceptos médicos que se requieran, realizar resúmenes de historia clínica, epicrisis u otros documentos asistenciales o administrativos que sean solicitados.	Emiti los conceptos medicos requerridos, realice epicrisis , docuemtnso asistenciales y administrativos que me fueron solicitados.	Registro adecuado y oportuno de las atenciones realziadas en formato historia clinica de Dinamica

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 ABASTECIMIENTO
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

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

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 auditoria y demás directrices relacionadas con el manejo de historias clínicas y respaldando todas las actuaciones realizadas al paciente con la firma.	Diligencie en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad; Realizando los registros correspondientes en la historia clínica, solicitudes de exámenes diagnósticos, formulación de medicamentos, formatos no POS, interconsultas, remisiones y otros documentos según indicaciones de los médicos tratantes, y avalado con firma y sello por los Médicos Especialistas	Registro adecuado y oportuno de las atenciones realziadas en formato historia clinica de Dinamica, asi como consentimientos informados y demas formatos necesarios.
10	Garantizar la debida reserva de la información del paciente y de los registros clínicos.	Garantizé la debida reserva de la información del paciente y de los registros clínicos.	Confidencialidad de los documentos y la información del paciente.
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.	Usé de manera adecuada los equipos, elementos, instalaciones y los recursos que la Subred aportó al desarrollo de las actividades contratadas, en un ambito de zona comun.	Entrega de equipos, elemntos e intalaciones en buen estado en las zona comunes durante la entrega de turno y al inicio del mismo.
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.	Reporté al área de Recursos Físicos – Activos Fijos de la SUBRED, los equipos de propiedad del contratista, que se destinaron a las actividades asistenciales, dadas en zonas comunes .	Recursos físicos en áreas comúnes (consultorios y equipos médicos).
13	El contratista deberá responder por la seguridad de los equipos que se encuentren bajo su custodia.	Respondí por la seguridad de los equipos que se encuentran bajo mi custodia.	Recursos físicos en áreas comúnes (consultorios y equipos médicos).
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.	Elabore las respuestas a reclamaciones y requerrimientos que se me presentaron durante durante el desarrollo de mis actividades	Respuestas a PQR, quejas y reclamos a traves de correo institucional.
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.	Realice apoyo para dar respuesta y modificar conductas para evitar generacion de glosas definitiva en procesos de conciliacion por parte de EAPB	No presente glosas durante desarrollo de mis actividades.
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.	Notifique de manera oportuna los sucesos de seguridad que se presnetaron durante el desarrollo de mis actividades.	Notificaciones de sucesos de seguridad y eventos adversos en aplicativo Almera.
17	Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.	Reporté los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.	Regsitro de Fichas de notificación Instituto Nacional de salud - SIVIGILA, SIVELCE, SIVIM.
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.	Apoyé 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.	Acompañamiento durante los turnos asistenciales a los especialistas a cargo del proceso docencia- servicio.
19	Instruir a la comunidad sobre la prevención de las enfermedades.	Realice educacion a los pacientes paraprevencion de enfermedades.	Registro adecuado y oportuno de las atenciones realziadas en formato historia clinica de Dinamica
20	Informar oportunamente al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de sus obligaciones.	Informé oportunamente al supervisor del contrato cualquier novedad que pudo afectar el cumplimiento de mis obligaciones.	Realice formatos de cambios de turnos y avise de novedades a Lider de Sede.
21	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.	Facilité las labores de supervisión, evaluación y control que la SUBRED realiza en forma directa por la Subdirección de Servicios de Salud, la Oficina de Calidad y/o a través de terceros.	Auditorias retrospectivas de calidad de historias clinicas y pertinencia de conductas médicas.
22	Cumplir oportunamente las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demás solicitudes de la Supervisión y de la Oficina de Calidad.	Cumplí oportunamente las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demás solicitudes de la Supervisión y de la Oficina de Calidad.	Revisión de auditorias a procesos individuales Ausencia de actas de compromiso hasta la fecha.
23	Acreditar inscripción en el RETHUS, MIPRES y RUAF.	Acredité mi inscripción en el RETHUS, MIPRES y RUAF.	Certificados de defunción, nacimiento, mipres de medicamentos y/o insumos requeridos realizados.
24	Prestar el servicio de conformidad con la programación de agenda acordada con el supervisor del contrato, para el desarrollo de sus actividades.	Presté el servicio de conformidad con la programación de agenda acordada con el supervisor del contrato, para el desarrollo de mis actividades.	Cuadro de turnos de realización mensual.
25	Participar en las investigaciones y estudios específicos de casos tendientes a resolver causas y soluciones a problemas. Contenidas en el formato de necesidad depersonal que hace parte integral del presente contrato.	Estuve atenta en caso de requerirse mi participación en las investigaciones y estudios específicos de casos tendientes a resolver causas y solucionar problemas, contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.	No se realizaron en este período investigaciones o estudios en los que se haya requerido mi participación.

OBSERVACIONES:TOTAL HORAS REALIZADAS: 192 HORAS correspondientes a 16 turnos noches por asignación de mi contrato

YELCY ALEXANDRA MESA L.
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. 52.918.775 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	LINA MARCELA ROJAS G.
CARGO:	LÍDER UMHES JORGE ELIÉCER GAITÁN
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	52918775	KELLY ALEXANDRA MESA INFANTE	CL 83 A No. 118 - 29 CASA 65	3444484	k.mesa.ips.hco@gmail.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	
2020-12	2020-12	I	20/01/2021	47772738	$697.200	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	281.700	0		0		0	0	0	0	281.700	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
230901	Old Mutual	800253055-2	360.600	0	0	0	0	0	0		360.600	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	54.900				54.900	0	0	54.900			549	54.900	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				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	281.700	281.700
Pensión	1	360.600	360.600
Riesgos Laborales	1	54.900	54.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	697.200	697.200

PAGADA 47727738

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