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:** 2542/2020 **C.D.P. No.:** 11

**Proceso al que pertenece:** ASISTENCIAL

**Unidad a la que pertenece:** SAN BLAS

**Nombre del Contratista:** ANA CLAUDIA DEL ROSARIO MORALES GALVIS **C.C.** 51,697,013 **de:** BOGOTÁ

**Fecha Inicio:** 2020-02-01 **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 | $ 2,586,324 | 2221 | 2020-08-01 | 2020-08-31 |
| 2 | $ 2,482,104 | 2714 | 2020-09-01 | 2020-09-30 |
| 3 | $ 5,141,841 | 3232 | 2020-10-01 | 2020-10-31 |
| 4 | $ 4,774,752 | 3444 | 2020-11-01 | 2020-11-30 |
| 5 | $ 6,366,336 | 3833 | 2020-12-01 | 2021-01-31 |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |
| 14 | | | | |
| 15 | | | | |
| 16 | | | | |
| 17 | | | | |
| 18 | | | | |
| 19 | | | | |
| 20 | | | | |

| Nº CTA | MES DE CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR | VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL | NÚMERO DE PLANILLA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | FEBRERO | $ 2,984,220 | $ 387,500 | 8340481133 |
| 2 | MARZO | $ 2,984,220 | $ 389,200 | 8340769394 |
| 3 | ABRIL | $ 2,785,272 | $ 402,200 | 8341439910/8342148283 |
| 4 | MAYO | $ 3,183,168 | $ 402,200 | 42148296 |
| 5 | JUNIO | $ 2,984,220 | $ 234,600 | 42782846 |
| 6 | JULIO | $ 2,984,220 | $ 402,200 | 43338230 |
| 7 | AGOSTO | $ 4,213,425 | $ 402,200 | 44219243 |
| 8 | SEPTIEMBRE | $ 5,400,000 | $ 526,000 | 45324973 |
| 9 | OCTUBRE | $ 3,183,168 | $ 668,300 | 46003586/46130957 |
| 10 | NOVIEMBRE | $ 3,083,694 | $ 433,200 | 46508020 |
| 11 | DICIEMBRE | $ 2,984,220 | $ 433,200 | 46780935 |
| 12 | ENERO | $ 2,884,746 | $ 433,200 | 47481791 |
| 13 | | | | |
| 14 | | | | |
| 15 | | | | |
| 16 | | | | |
| 17 | | | | |
| 18 | | | | |
| 19 | | | | |
| 20 | | | | |

**Resumen de contrato**

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 19,099,088 | $ 40,450,445 | $ 39,654,573 | $ 795,872 |

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

**OBJETO DEL CONTRATO**

PRESTAR SUS SERVICIOS PERSONALES Y PROFESIONALES, EN SU CONDICIÓN DE TERAPEUTA RESPIRATORIA PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES Y DEMÁS ASIGNADAS, EN LOS DIFERENTES SERVICIOS Y EN LAS UNIDADES

**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 | PRODUCTO 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 | Se realizan actividades tales como toma de gases arteriales de acuerdo a orden médica. | Se realiza reporte de resultados de gases arteriales |
| 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 | 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 libro de registro de muestras respiratorias |
| 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 atiende llamados de los diferentes servicios de la UPSS San Blas para realizar actividades de interconsulta. | Se atienden llamados oportunamente de todos los servicios para atencion de pacientes |
| 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 realizan tratamientos establecidos por médicos especialistas | A pacientes de sala era, se realizan seguimientos a las 48 horas y a los 5 dias |
| 5 | Dar pautas de manejo a las madres y/o familiares de los pacientes valorados. | Se brinda educación y asesoria en promoción y prevención a los cuidadores en enfermedades respiratorias. | En historia clinica y entrega de folletos |
| 6 | Cambiar los equipos de oxigenoterapia de las unidades de cuidado intensivo e intermedio cada 72 horas o según el protocolo de la Unidad. | Se brinda educación y asesoria en promoción y prevención a los cuidadores en enfermedades respiratorias. | En el sistema se realiza pedido de suministros |
| 7 | Velar por el uso racional de los elementos de Terapia respiratoria | Se realizan pedidos al almacén de los insumos y dispositivos médicos de acuerdo a la necesidad sentida. | Registro de entrega de elementos de protección personal y de insumos |
| 8 | Velar por el manejo adecuado de los ventiladores cumpliendo con las normas de asepsia, de acuerdo a los parámetros de la institución. | Se realiza limpieza y desinfección de los equipos que se encuentran en la unidad de cuidado intermedio. | Registro en formato de desinfección y rotulos con fecha |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 9 | Elaborar la estadística diaria de las actividades que se realizan y el consolidado mensual para ser entregado el primer dia hábil del mes | Se elaboran informes de actividades realizadas durante el mes y se entrega a la Supervisora de contrato. | Registro en formato diario de facturación |
| 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. | Registro en historia clínica |
| 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 clínica |
| 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 elementos y dispositivos medicos en el tratamiento de los pacientes. | Reporte oportuno a área encargada |
| 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 politicas 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 | A través de la pagina web y almera |
| 15 | Participar en la programación de actividades del servicio. | Asistir a reuniones, capacitaciones | Con firma de asistencia |
| 16 | Participar en la elaboración, actualización, implementación y adherencia de guías, manuales, procedimientos y protocolos que apliquen al servicio. | Asistir a reuniones, capacitaciones | Con firma de asistencia |
| 17 | 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 través 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 | Actuar y proceder de acuerdo a lo estipulado por la institución con respuesta oportuna | No aplica |
| 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 |
| 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 | Actuar y proceder de acuerdo a lo estipulado por la institución con respuesta oportuna | No aplica |
| 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 | Se reporta a través de la intranet, de ser necesario |
| 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. | En relación a las actividades relacionadas | Comunicación directa con el personal |
| 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 | 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. | Actuar y proceder de acuerdo a lo estipulado por la institución con respuesta oportuna | 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. | Actuar y proceder de acuerdo a lo estipulado por la institución con respuesta oportuna | No aplica |
| 28 | Acreditar inscripción en el RETHUS, MIPRES y RUAF. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato. | Actuar y proceder de acuerdo a lo estipulado por la institución con respuesta oportuna | No aplica |

| | |
|---|---|
| **Observaciones:** | 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. 51,697,013 de BOGOTÁ |

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS | |
|---|---|
| **NOMBRE:** | ANGELA MARIA MENDOZA |
| **CARGO:** | LIDER APOYO TERAPÉUTICO Y REHABILITACION SUBRED CENTRO O |
| **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 | 51697013 | ANA CLAUDIA DEL ROSARIO MORALES GALVIS | CALLE 22C # 91-65 | 2988819 | claudiamoralesg001@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 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | 1 | 0 |
| | | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2021-02 | 2021-02 | I | 04/03/2021 | 49053061 | $724.000 | |

## 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 | | | | | |
| EPS037 | Nueva EPS | 900156264-2 | 292.500 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 292.500 | 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 |
| 231001 | Colfondos | 800227940-6 | 374.400 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 374.400 | 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 | 57.100 | | | | 57.100 | 0 | 0 | 57.100 | | | 571 | 57.100 | 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 | 292.500 | 292.500 |
| Pensión | 1 | 374.400 | 374.400 |
| Riesgos Laborales | 1 | 57.100 | 57.100 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 724.000 | 724.000 |

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO |
| CC | 51697013 | ANA CLAUDIA DEL ROSARIO MORALES GALVIS | | CALLE 22C # 91-65 | 2988819 | claudiamoralesg001@gmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| 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 | |
| 2021-02 | 2021-02 | I | 04/03/2021 | 49053061 | $724.000 | |

## ETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Cotiza. adicional | Exonerado | IRG | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Cotización | Voluntario Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| CC | 51697013 | MORALES GALVIS ANA CLAUDIA DEL ROSARIO | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | X | | 231001 | 2.340.000 | 374.400 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS037 | 2.340.000 | 292.500 | 14-23 | 2.340.000 | 3 | 57.100 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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