

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	4194 2021	C.D.P. No.:	742	Proceso al que pertenece:	MISIONAL	
				Unidad a la que pertenece:	UMHES SAN BLAS	
Nombre del Contratista:	DIANA ROCIO BERNAL CAMPOS			C.C.	52,827,978	de: BOGOTÁ
Fecha Inicio:	2021-03-23	Fecha Terminación inicial:	2021-04-30	Valor Mensual:	\$ 1,122,000	Valor a cobrar:
					\$ 1,122,000	

ADICIÓN/OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1					1	MARZO	\$ 1,122,000	\$ 742,500	9417046576
2					2				
3					3				
4					4				
5					5				
6					6				
7					7				
8					8				
9					9				
10					10				
11					11				
12					12				
13					13				
14					14				
15					15				
16					16				
17					17				
18					18				
19					19				
20					20				
21					21				
22					22				

Resumen de contrato	VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
	\$ 4,522,000	\$ 4,522,000	\$ 1,122,000	\$ 3,400,000

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SUS SERVICIOS PERSONALES Y PROFESIONALES, EN SU CONDICION DE TERAPEUTA RESPIRATORIA PARA LA EJECUCION DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES Y DEMAS ASIGNADAS, EN LOS DIFERENTES SERVICIOS Y EN LAS UNIDADES

Relación de actividades para el periodo: Desde: 2021-03-23 Hasta: 2021-03-31

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)		DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERÍODO 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.	Realizó 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.		Historia clínica Hoja de Evolución 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 Evolución 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 guías
4	Realizar las actividades según las necesidades de la subred dando cobertura en todas las unidades en donde se oferta el servicio y sea requerido.	Realizó actividades según las necesidades de la subred dando cobertura 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 Evolución 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 estadística 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, cumplió 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 Evolución Terapia Respiratoria y/o TEREVO. Matriz Sala ERA

9	Enviar conceptos médicos que se le requieran, realizar resúmenes de historia clínica, episódios 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 Evolución 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 auditoría 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 Evolución 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 Evolución 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 médicos, control de insumos y dispositivos médicos 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
15	Participar en la programación de actividades del servicio.	Asistir a reuniones, capacitaciones	Actas de asistencia y socialización
16	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 protocolos, procedimientos
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 página 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 iniciales 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 conciliación	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 notificación
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 orientación en enfermedad respiratoria	Historia clínica Hoja de Evolución 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 vía telefónica
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 inscripción 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

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

Diana Berna
Firma del Contratista

C.C. 52.827.978 de BOGOTÁ

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	CLAUDIA SILENIA NIÑO REY
CARGO:	DIRECTORA DE COMPLEMENTARIOS
FIRMA	

Cuenta de cobro 002 - 2021

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD
CENTRO ORIENTE E.S.E.
Nit. 900.959.051-7**

DEBE A:

DIANA ROCIO BERNAL CAMPOS
C.C. 52827978 de Ciudad Bogotá

LA SUMA DE:

Un millones de pesos (1.122.000)

Por concepto de:

- Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No PS 4194 2021 correspondiente al mes de MARZO de 2021

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS DE ACUERDO A SU PERFIL ACADÉMICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES (DE SU PROFESIÓN), CON DISPONIBILIDAD EN CUMPLIMIENTO DE LA MISIÓN Y LA VISIÓN DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Cordialmente,

Diana Bernal

DIANA ROCIO BERNAL CAMPOS

C.C. 52827978

Teléfono 3142314222 Direccion CALLE 48Z #5D-64 SUR
No Cuenta 004470487861 ahorros Davivienda

Fecha: 15/MARZO/2021

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52827978		BERNAL CAMPOS DIANA ROCIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cli 48 z no. 5 d 64 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7720937	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo	Clave	Tipo	Fecha	Pago	Banco	Dias Mora	Valor	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora
2021-02	2021-02	918562068	9417046576	I	2021/03/17	2021/03/10	BANCO DAVIVIENDA	0

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$384,000	\$0	\$0	\$384,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	\$384,000	\$0	\$0	\$384,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$58,500	\$0	\$0	\$58,500
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	\$58,500	\$0	\$0	\$58,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$300,000	\$0	\$0	\$300,000
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	\$300,000	\$0	\$0	\$300,000
TOTAL				1	\$742,500	\$0	\$0	\$742,500

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52827978		BERNAL CAMPOS DIANA ROCIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cli 48 z no. 5 d 64 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7720937	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo	Clave	Tipo	Fecha	Pago	Banco	Dias Mora	Valor	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora
2021-02	2021-02	918562068	9417046576	I	2021/03/17	2021/03/10	BANCO DAVIVIENDA	0

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																		\$742,500			
EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES	
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sumas: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$2,400,000	\$384,000			\$2,400,000	\$380,000			\$0	\$0			\$2,400,000	\$38,500		\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$2,400,000	\$384,000			\$2,400,000	\$300,000			\$0	\$0			\$2,400,000	\$58,500		\$0	\$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$2,400,000	\$384,000			\$2,400,000	\$300,000			\$0	\$0			\$2,400,000	\$58,500		\$0	\$0
									\$2,400,000	\$300,000			\$0	\$0			\$2,400,000	\$58,500		\$0	\$0
1	CC	52827978	BERNAL DIANA	230201	30	\$2,400,000	\$384,000	EPS008	30	\$2,400,000	\$300,000	0	\$0	\$0	14-7	30	\$2,400,000	\$58,500	0	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$2,400,000	\$384,000			\$2,400,000	\$300,000			\$0	\$0			\$2,400,000	\$58,500		\$0	\$0

2. Concepto ☐ 0 ☒ 2 Actualización

4. Número de formulario

14746132972



(415)7707212489984(8020) 000001474613297 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional

14. Buzón electrónico

5 2 8 2 7 9 7 8

7

Impuestos de Bogotá

3 2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de Identificación

5 2 8 2 7 9 7 8

27. Fecha expedición

1 9 9 8, 0 8, 2 0

Lugar de expedición

28. País

COLOMBIA

1 6 9

29. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

30. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

BERNAL

32. Segundo apellido

CAMPOS

33. Primer nombre

DIANA

34. Otros nombres

ROCIO

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

40. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

CL 48 Z 5 D 64 SUR BRR DIANA TURBAY

42. Correo electrónico

dbernal.ips.hco@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

4 9 6 8 9 4 2

45. Teléfono 2

3 1 4 2 3 1 4 2 2 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

8 6 9 2

47. Fecha inicio actividad

2 0 0 7, 0 6, 0 1

Actividad secundaria

48. Código

49. Fecha inicio actividad

Otras actividades

50. Código

1

2

Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código

2 0

20- Obtención NIT

Obligados aduaneros

Exportadores

54. Código

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

55. Forma

56. Tipo

Servicio

1

2

3

57. Modo

58. CPC

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos

SI

NO

☒

60. No. de Folios:

0

61. Fecha

2021 - 03 - 08 / 18 : 40: 07

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.

Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre BERNAL CAMPOS DIANA ROCIO

985. Cargo CONTRIBUYENTE