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:** 22352021 **C.D.P. No.:** 301 **Proceso al que pertenece:** ASISTENCIAL
**Unidad a la que pertenece:** SAN BLAS

**Nombre del Contratista:** DAVID FELIPE DAZA DIAZ **C.C.** 1,010,191,424 **de:** BOGOTÁ

**Fecha Inicio:** 2021-02-12 **Fecha Terminación Incial:** 2021-03-31 **Valor Mensual:** $ 3,060,000 **Valor a cobrar:** $ 3,060,000

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 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 | $ 2,856,000 | $ 445,800 | 48569331 |
| 2 | ABRIL | $ 3,060,000 | $ 416,700 | 49850839 |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 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 |
|---|---|---|---|
| $ 6,528,000 | $ 6,528,000 | $ 5,916,000 | $ 612,000 |

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

**OBJETO DEL CONTRATO**

PRESTAR SUS SERVICIOS PERSONALES Y PROFESIONALES, EN SU 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:** 2021-04-01 **Hasta:** 2021-04-30

| | 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 diagnosticos y terapeuticos 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 | Se realizan actividades tales como toma de gases arteriales, toma de muestras respiratorias, de acuerdo a orden médica. | Se realiza reporte de resultados de gases arteriales, libro de registro de muestras respiratorias |
| 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 en formato de sala era con sus respectivos seguimientos |
| 3 | Prestar sus servicios asistenciales respetando la autonomía institucional de la SUBRED, su visión, misión, estructura orgánica reglamentos administrativos, tecnicos científicos y disciplinarios, acogiendo las directrices institucionales. | Se acoge a las directices institucionales. | Se respetan los protocolos |
| 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 atiende llamados de los diferentes servicios de la UPSS San Blas para realizar actividades de interconsulta. | Se cubren turnos en otra uss de acuerdo a requerimiento |
| 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 | Se brinda educación y asesoría en promoción y prevencion a los cuidadores en enfermedades respiratorias. | Registro en historia clínica y entrega de folletos |
| 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 | Se elaboran informes de actividades realizadas durante el mes y se entrega a la Supervisora de contrato | En el sistema dinámica y en los libros de registro |
| 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. | Se diligencia documento de historia clínica enfatizando la confidencialidad y ética durante el manejo de esta. | Registro de entrega de elementos de protección personal y de insumos para muestras respiratorias |
| 8 | Realizar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación e impartir instrucciones al equipo de salud sobre los | Seguimiento a estado de salud de pacientes sala era, | Seguimientos a las 48 horas y a los 7 días |
| 9 | Emitir conceptos médicos que se le requieran, realizar resumenes de historia clínica, epicrisis u otros documentos asistenciales o administrativos que sean | Se realiza evolución de todo procedimiento o tratamiento realizado al paciente para su posterior revisión | En sistema dinamica |
| 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 | 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 |

Escaneado con CamScanner

| | | | |
|---|---|---|---|
| 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 | 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 | 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 | 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 servicio | 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 | 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 servicio | 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 |

| | |
|---|---|
| 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 | **Firma del Contratista**<br>C.C. 1,010,191,424 de BOGOTÁ |

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS | |
|---|---|
| NOMBRE: | MARTHA CECILIA OQUENDO OSPINA |
| CARGO: | PROFESIONAL UNIVERSITARIO AREA DE LA SALUD CODIGO 237 GRADO 16 |
| FIRMA | |

Escaneado con CamScanner

Cuenta de cobro 002 - 2021

# SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

**Nit. 900.959.051-7**

**DEBE A:**

DAVID FELIPE DAZA DÍAZ
C.C. 1010191724 de Ciudad Bogotá

**LA SUMA DE:**

**TRES MILLONES SESENTA MIL PESOS MTCE($ 3,060,000)**

Por concepto de: 180 horas

- Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No PS 2235- 2021 correspondiente al mes de ABRIL 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,**

DAVID FELIPE DAZA DÍAZ
C.C. 1010191724
Teléfono 3057104775 Dirección CALLE 29 SUR # 29C - 47
No Cuenta 91211371337 ahorros BANCOLOMBIA

Fecha: ABRIL//2021

Escaneado con CamScanner

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 | 1010191724 | David Felipe Daza Diaz | Cll 167 # 73-45 torre 3 Apto 503 | 6676899 | dadss26@hotmail.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 | |
| 2021-03 | 2021-03 | I | 09/04/2021 | 49850839 | $416.700 | |

## 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 | | | | | |
| EPS008 | Compensar EPS | 860066942-7 | 158.100 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 158.100 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230301 | Porvenir | 800224808-8 | 202.400 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 202.400 | 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 | | | | | | | | | | |
| 14-11 | ARL SURA | 890903790-5 | 30.900 | | | | 30.900 | 0 | 0 | 30.900 | | | 309 | 30.900 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CCF24 | Compensar Caja | 860066942-7 | 25.300 | 0 | 0 | 25.300 | 1 |

**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 | 158.100 | 158.100 |
| Pensión | 1 | 202.400 | 202.400 |
| Riesgos Laborales | 1 | 30.900 | 30.900 |
| CCF | 1 | 25.300 | 25.300 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 4 | 416.700 | 416.700 |

PAGADA

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

Escaneado con CamScanner

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 | 1010181724 | David Felipe Daza Diaz | Cl 167 # 73-45 torre 3 Apto 503 | 6876899 | dadss26@hotmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | |
| UNICA | 1 - 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) | NUMERO PLANILLA | CANTIDAD |
| | | | | | EMPLEADOS: 1 / UPC: 1 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR |
| 2021-03 | 2021-03 | 1 | 09/04/2021 | 49850839 | $416.700 |

## ETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colombiano en el Exterior | Extranjero | SLN | IGE | LMA | VAC | VSP | SLE | 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 Aportante | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| CC | 1010181724 | DAZA DIAZ DAVID FELIPE | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 1.264.800 | 202.400 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS008 | 1.264.800 | 158.100 | 14-11 | 1.264.800 | 3 | 30.900 | CCF24 | 1.264.800 | 25.300 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

Escaneado con CamScanner