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: PS42042021 **C.D.P. No.:** 742 **Proceso al que pertenece:** ASISTENCIAL
Unidad a la que pertenece: SAN BLAS

Nombre del Contratista: SERGIO ANDRES QUEZADA MEDINA **C.C.** 1.109.385.825 **de:** I.ERIDA-TOLIMA

Fecha Inicio: 2021-03-23 **Fecha Terminación incial:** 2021-04-30 **Valor Mensual:** $ 1.020.000 **Valor a cobrar:** $ 1.020.000

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	MARZO	$ 1.020.000	$ 679.400	1036118613
2				
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
$ 4.522.000	$ 4.522.000	$ 1.020.000	$ 3.502.000

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

OBJETO DEL CONTRATO

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 23/03/21 **Hasta:** 31/03/21

	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, el uso racional del conocimiento médico y de los recursos disponibles.	Realizacion de sesion de terapia respiratoria integral , maniobras de higiene bronquial. Toma de muestras respiratorias, toma de gases arteriales, manejo de oxigenoterapia, asistencia a reanimacion cardiopulmonar, manejo ventilatorio en paciente intubado, aspiracion de secreciones, realizacion de inhaloterapia, realizacion de micronebulizaciones, rehabilitacion pulmonar.	Hoja de Evolucion Terapia Respiratoria y/o TEREVO. Registros en hoja de monitoreo respiratorio. Registro en hoja 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.	Realizacion de actividades de terapia respiratoria con atencion de paciente en area clinica.	Historia clinica. Hoja de Evolucion Terapia Respiratoria y/o TEREVO. Protocolos, guias de atencion e intervencion.
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.	Realizacion de actividades de terapia respiratoria según orden medica y protocolos o guias de la institucion dispuestos para cada procedimiento y según insumos disponibles para la intervencion terapeutica.	Adherencia a guias. Protocolos de procedimiento, reglamento.
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.	Asignacion, y/o rotacion de personal de terapia respiratoria a las diferentes unidades de la subred segen la necesidad para realizacion de manejo de via aerea.	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.	Rnformar al paciente y/o familiar sobre procedimiento a realizar, toma de gases arteriales, toma de muestras respiratorias etc., educacion sobre manejo de oxigeno domiciliario en casa, eduacacion sobre uso de inhaladores, limpieza de inhalocamara, ejercicicios respiratorios en casa , educacion sobre signos y sintomas respiratorios, prevencion de enfermedad respiratoria. verificacion de procedimintos para corregir o reforzar tecnica como en el caso de uno de incentivo respiratorio e inhaloterapia.	Historia clinica Hoja de Evolucion Terapia Respiratoria y/o TEREVO. Entrega de folletos eduacativos. Seguimientos por medio de llamadas del programa SALA ERA.
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.	Realizacion de notas de evolucion en historia clinica electronica o manual donde se consigna estado del paciente y procedimieto realizado. Diligenciamiento de hoja de monitoreo ventilatorio. Diligenciamiento de formatos de facturacion diaria y actividades mensuales. diligenciamiento de formatos de SALA ERA, y de factores de riesgo. realizacion de registros de toma de muestras respiratorias.	Formato control estadistica y formato de facturación. Historia clinica. Notas de evolucion,
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.	Realizacion de intervencion terapeutica con cumplimiento de protocolos , normas de la isntitucion favoreciendo los derechos del paciente. Respetar los derechos de los pacientes.	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.	Seguimiento y control ventilatorio en paciente intubado. Continuidad de tratamiento terapeutico entrega completa de evolucion , tratamiento realizados y pendientes en entrega y recibo de turno y consignacion en historia clinica. Realizacion de llamadas telefonicas a familiares de niños de SALA ERA , para seguimiento de evolucion del paciente e identificacion de sintomas respiratorios o factores de riesgo.	Historia clinica. Hoja de Evolucion Terapia Respiratoria y/o TEREVO, Matriz Sala ERA
9	Emitir conceptos médicos que se le requieran, realizar resúmenes de historia clínica, epicrisis u otros documentos asistenciales o administrativos que sean solicitados.	Descripcion de manejo y procedimientos realizados en historia clinica junto con evolucion y resultado final de la intervencion.	Historia clinica Hoja de Evolucion 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 auditoria y demás directrices relacionadas con el manejo de historias clinicas y respaldando todas las actuaciones realizadas al paciente con la firma.	Registro manual y sistematizado de las evoluciones de terapia respiratoria de forma completa inicio y final del tratamiento y las novedades que resultan de la atencion de paciente.	Historia clinica Hoja de Evolucion Terapia Respiratoria y/o TEREVO
11	Garantizar la debida reserva de la información del paciente y de los registros clinicos.	Se diligencia documento de historia clinica enfatizando la confidencialidad y ética durante el manejo de esta.realizacion de entrevista a paciente para recoleccion de datos tales como antecedentes; en un lugar privado oficina o consultorio medico.	Historia clinica Hoja de Evolucion 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.	Diligenciamiento de formatos de limpieza y desinfeccion de equipos,. Diligenciamiento de formatos de inventarios de equipos medicos propios del ejercicio de terapia respiratoria. Adecuado uso de EPP, equipos medicos, control de insumos y dispositivos medicos en el tratamiento de los pacientes.	Formato de limpieza y desinfeccion. Formatos de inventarios de equipos de terapia. 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.	Reporte de equipos propios al area de recursos fisicos.	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.	Participacion en actividades de acreditacion. Lectura e implementacion de guias, archivos y documentos generados por la institucion. Realizacion de encuestas y evaluaciones.	Evaluaciones de guias y protocolos. Utilización Almera, mesa de ayuda y Reporte sucesos seguridad del paciente
15	Participar en la programación de actividades del servicio.	Asistir a reuniones, capacitaciones. asignaciones de funciones.	Actas de asistencia y socializacioncapacitaciones, reuniones, asignaciones de funciones.
16	Participar en la elaboración, actualización, implementación y adherencia de guías, manuales, procedimientos y protocolos que apliquen al servicio.	Impletentacion de protocolo de inhaloterapia, SALA ERA, enfermedad respiratoria, toma de muestras, intubacion, toma de gases arteriales, limpieza y desinfeccion de areas y equipos.	Protocolos , guias , manuales, formatos y folletos de educacion.
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.	Participo en la elaboración de respuestas a reclamaciones y requerimientos que se presenten en desarrollo de la atención. Realizar respuesta clara y oportuna de quejas, reclamos y sugerencias.	Correo Institucional
19	Prestar el apoyo necesario para dar respuesta a objeciones iniciales evitando asi que se genere Glosa Definitiva o procesos de Conciliación por parte de EPS-SEAPB.	Presentar soportes acordes con la glosa o procesos de conciliacion.	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 notificacion
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.	Eduacion sobre enfermedad respiratoria a paciente y familiar en los servicios de urgencias, hospitaizacion y consulta externa. Seguimientos de SALA ERA. Entregar folletos educativos.	Historia clinica Hoja de Evolucion 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.	Asistencia a capacitacion en manejo de equipos tales como respiradores mecanicos, dispositivos de oxigenoterapia. Asistencia a reuniones para conocimientos de protocolos y nuevas guias. Asistencia a capacitaciones en secretaria de salud sobre guias de enfermedad respiratoria.	Actas de asistencia. 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 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.	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.	Realizacion de plan de mejora a la que el servico de terapia respiratoria se ve sometido, suguiendo sugerencias y recomendaciones. Cumplió oportunamente las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso.	Plan de mejora. Formato de acta
28	Acreditar inscripción en el RETHUS, MIPRES y RUAF	Incripcion al RETHUS. Actuar y proceder de acuerdo a lo estipulado por la institución con respuesta oportuna	Incripcion al RETHUS

Observaciones:

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

Firma del Contratista

C.C. 1.109.385.825 de LERIDA-TOLIMA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	**Dra. CLAUDIA SILENIA NIÑO REY**
CARGO:	DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05
FIRMA	

Cuenta de cobro 002 - 2021

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

Nit. 900.959.051-7

DEBE A:

SERGIO ANDRES QUEZADA MEDINA
C.C. 1.109.385.825 de Lérida - Tolima

LA SUMA DE:

Un millón veinte mil pesos ($1.020.000)

Por concepto de:

- Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No PS 4204 de 2021 correspondiente del 23/03/2021 al 31/03/2021.

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,

SERGIO ANDRES QUEZADA MEDINA
C.C. 1.109.385.825 de Lérida - Tolima
Teléfono: 3108557106 Dirección: Calle 13 sur # 8-50 quinta ramos 4
No Cuenta: 009500719399 ahorros Davivienda

Fecha: 31/marzo/2021

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2021-03-01, 09:56:00 AM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1036118613

Periodo Cotización 202102 **Periodo Servicio** 202102

Cliente:

PAGADA 2021-03-01

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	SERGIO ANDRES QUEZADA				
Documento	CC 1109385825	**Dirección**	CRA 12 ESTE N. 11 25 SUR		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	4731318		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1109385825		Residente		Exonerado	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	59	00					QUEZADA MEDINA SERGIO ANDRES	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																			Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos						Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF			Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	30	0			25-14		16 %	$ 2.196.000	$ 351.400	$ 0	$ 0	EPS005		12,5 %	$ 2.196.000	$ 274.500	$ 0	14-25	3	2,436 %	$ 2.196.000	$ 53.500	NIN-CC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
COLPENSIONES	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	EPS SANITAS	COLMENA VIDA Y RIESGOS	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 351.400	$ 0	$ 0	$ 274.500	$ 53.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 679.400

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 -
¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14729939799

(415)7707212489984(8020) 000001472993979 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
1 1 0 9 3 8 5 8 2 5	8	Impuestos de Bogotá	3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 1 0 9 3 8 5 8 2 5	2 0 1 1 0 5 1 7

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Tolima 7 3	Lérida 4 0 8

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
QUEZADA	MEDINA	SERGIO	ANDRES

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal: CL 13 SUR 8 50 CONJ QUINTA RAMOS IV BL 4 AP 308

42. Correo electrónico: andremelende@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 0 8 5 5 7 1 0 6	4 7 3 1 3 1 8

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 2	2 0 1 1 0 8 0 1						2 2 2 3	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código 2 0																									

20- Obtención NIT

Obligados aduaneros	Exportadores
54. Código	55. Forma / 56. Tipo / Servicio / 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 [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2021 - 01 - 07 / 16 : 27: 42

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 QUEZADA MEDINA SERGIO ANDRES
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN VALOR