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 1021 2021 **C.D.P. No.:** 988

**Proceso al que pertenece:** SUBGERENCIA SERVICIOS SALUD- DIRECCION HOSPITALIZACIÓN

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

**Nombre del Contratista:** LEOPOLDO BERRIO NORMAN **C.C.** 19.396.986 **de:** BOGOTA

**Fecha Inicio:** 2021-12-26 **Fecha Terminación inicial:** 2021-01-31 **Valor Mensual:** $ 26.696.800 **Valor a cobrar:** $ 26.696.800

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICION | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACION |
|---|---|---|---|---|
| 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 | NUMERO DE PLANILLA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | ENERO | $ 26.696.800 | $ 1.839.800 | 47863609 |
| 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 |
|---|---|---|---|
| $ 42.962.400 | $ 42.962.400 | $ 26.696.800 | $ 16.265.600 |

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

**OBJETO DEL CONTRATO**

PRESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO DE ACUERDO A SU PERFIL ACADÉMICO, PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES EN LOS PROCESOS DE GESTIÓN HOSPITALARIA, URGENCIAS, QUIRÚRGICAS Y/O GESTIÓN DEL RIESGO, CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E., CON DISPONIBILIDAD EN CUMPLIMIENTO DE LA MISIÓN Y VISIÓN DE LA MISMA.

**Relación de actividades para el periodo:** **Desde:** 2021-01-01 **Hasta:** 2021-01-26

| | OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las especificadas 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 | EVOLUACIONES MEDICAS DIARIAS | HISTORIA CLINICA APLICATIVO DINAMICA GERENCIAL |
| 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. | HISTORIA CLINICAS DE INGRESO | HISTORIA CLINICA APLICATIVO DINAMICA GERENCIAL |
| 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 | ORDENAMIENTO GENERAL DE PACIENTES | HISTORIA CLINICA APLICATIVO DINAMICA GERENCIAL |
| 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 | SOLICITUD, REVISION, INTERPRETACION DE LABORATORIOS | HISTORIA CLINICA APLICATIVO DINAMICA GERENCIAL |
| 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 | SOLICITUD, REVISION, INTERPRETACION DE IMAGENESS DIAGNOSTICAS | HISTORIA CLINICA APLICATIVO DINAMICA GERENCIAL |
| 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 | ELABORACION DE PLANES DE MANEJO EN LOS PACIENTES | HISTORIA CLINICA APLICATIVO DINAMICA GERENCIAL |
| 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 | SOLICITUD INTERCONSULTAS | HISTORIA CLINICA APLICATIVO DINAMICA GERENCIAL |
| 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 | PROCEDIMIENTOS REQUERIDOS POR PACIENTES COMO COLOCACION CATETERES CENTRALES | HISTORIA CLINICA APLICATIVO DINAMICA GERENCIAL |
| 9 | Emitir conceptos médicos que se le requieran, realizar resúmenes de historia clínica, epicrisis u otros documentos asistenciales o administrativos que sean solicitados. | REALIZACION EPICRISIS | HISTORIA CLINICA APLICATIVO DINAMICA GERENCIAL |
| 10 | Diligenciar en forma completa, oportuna, sistematizada y legible la historia clínica del paciente (en los casos en que se presenten fallas del sistema, los formatos) , 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 firma y sello | ORGANISACION Y REGISTRO LISTA DE TURNOS | EVIDENCIA LISTA TURNOS |
| 11 | Garantizar la debida reserva de la información del paciente y de los registros clínicos. | REALIZACION TURNOS NOCTURNO ASISTENCIALES | EVIDENCIA LISTA TURNOS |
| 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 | REALIZACION TURNOS DIURNOS INCLUIDOS FINES SEMANA | EVIDENCIA LISTA TURNOS |
| 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. | INFORMACION A PACIENTE Y FAMILAIRES DE PATOLOGIAS QUE SUFREN Y MANEJO A REALIZAR | EVIDENCIA INFORMES ORIENTADORES |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 14 | El contratista deberá responder por la seguridad y mantenimiento de los equipos que se encuentren bajo su custodia | INGRESO PACIENTES CUMPLIENDO PROTOCOLOS ESTABLECIDOS | EVIDENCIA LISTA INGRESOS |
| 15 | 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 | ORGANIZACION Y REALIZACION DE SIMULACROS OPERATIVOS ASISTENCIALES CON DIFERENTES TURNOS MEDICOS Y DE ENFERMERIA | ACTIVIDADES CAPACITACION |
| 16 | Tener la disposición de participar en la programación de actividades del servicio | PARTICIPACION REUNIONES ADMINISTRATIVAS REALIZADAS POR ENTES DE CONTROL Y DIRECCION DE LA SUBRED | LISTA DE CHEQUEOS DE ASISTENCIA |
| 17 | Participar en la elaboración, actualización, implementación y adherencia de guías, manuales, procedimientos y protocolos que apliquen al servicio | REVISION DE PROCESOS, GUIAS, PROTOCOLOS DE LA SUBRED ADAPTACION A LA INSTITUCION | EVIDENCIA DOCUMENTOS DE ASISTENCIA |
| 18 | Apoyar a la Entidad en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales | ORGANISACION DE REUNIONES CON GRUPO INTERNISTAS PARA AFINAR PROCESOS DE OPERACIÓN | EVIDENCIA DOCUMENTOS DE ASISTENCIA |
| 19 | 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. | REVISION REMISIONES REALIZADAS PARA INGRESO O NEGACION DE LOS PACIENTES | VITACORA REMISIONES |
| 20 | 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 | REUNIONES CON DIFERENTES AREAS DE LA INSTITUCION CON EL FIN DE GENERAR INTEGRALIDAD EN LA ATENCION DE LOS PACIENTES | ACTAS REALIZADAS |
| 21 | 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. | APLICACIÓN DE PROTOCOLOES DE SEGURIDAD EN EL TRABAJO EN LAS LABORES DIARIAS | EVIDENCIA HISTORIA CLINICA DIAMICA GERENCIAL |
| 22 | Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.23. diligenciar y reportar oportunamente los certificados de estadísticas vitales de acuerdo a la normatividad vigente | APLICACIÓN DE PROTOCOLOS DE SEGURIDAD EN EL PACIENTE | EVIDENCIA HISTORIA CLINICA DIAMICA GERENCIAL |
| 23 | Desarrollar 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 | DESCRIPCIONES PROCEDIMIENTOS REALIZADAS A LOS PACIENTE | EVIDENCIA HISTORIA CLINICA DIAMICA GERENCIAL |
| 24 | Instruir a la comunidad sobre la prevención de las enfermedades propias de su especialidad | COORDINAR E IMPLEMENTAR PROCESOS, PROTOCOLOS GUIAS ACTIVIDADES EN LA INSTITUCION | CAPACITACIONES E INFORMACIONES INDIVIDUALES A LOS MEDICOS |
| 25 | Instruir a la comunidad sobre la prevención de las enfermedades propias de su especialidad | NO APLICA POR MODALIDAD ATENCION CENTRO HOSPITALARIO | NO APLICA |
| 26 | Informar al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de sus obligaciones | NO APLICA A LA FECHA | NO APLICA |
| 27 | Facilitar las labores de supervisión que la SUBRED, realice en forma directa por la Subdirección de Servicios de Salud, la Oficina de Calidad y/o a través de terceros | CORRECTA ELABORACION DE DOCUMENTOS HISTORIA CLINICA Y OTROS DE LA SUBRED | APLICATIVO DINAMICA FERENCIAL Y ACTAS DE LA INSTITUCION |
| 28 | Cumplir oportunamente las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demás solicitudes de la Supervisión y de la Oficina de Garantía de Calidad | NO APLICA NO HAY ACTAS NI PLANES DE MEJORA ACTUALES | NO APLICA |
| 29 | Acreditar el cumplimiento del pago de los aportes al sistema de seguridad social y parafiscal durante la vigencia del contrato, requisito indispensable para generar cada pago a su favor, anexando la planilla de pago del personal vinculado para la ejecución del contrato los aportes al sistema integral de seguridad social en salud deberán comprender salud, pensión y ARL | NO APLICA POR SER INICIO CONTRATO | NO APLICA |
| 30 | Desarrollar las actividades de supervisión de los contratos cuando estas sean asignadas | NO APLICA NO ESTOY CONTRATADO SUPREVISOR CONTRATOS | NO APLICA |
| 31 | Todas las demás inherentes o necesarias para la correcta prestación del servicio.32. Acreditar inscripción en el RETHUS Y MIPRES. 33. Portar el carnet institucional de la SUBRED durante la ejecución de las actividades contractuales | SE PORTAL EL CARNÉ INSTITUCIONAL.<br>LA INSCRIPCIÓN SE REALIZÓ EL MES PASADO. | HABILITACION EN MIPRES |
| 32 | Cumplir la programación de turnos de servicios, realizar el cambio de turno cumpliendo con las recomendaciones establecidas por la entidad, de acuerdo con el objeto del contrato | DOCUMENTOS DE CAMBOIS CON SUS SUSTENTOS Y AUTORISACIONES | ACTAS REALIZADAS |
| 33 | En caso de presentarse novedades, informar con anticipación dicha situación a su supervisor para efectos de tomar las medidas necesarias | NO APLICA | NO APLICA |
| 34 | . Ejercer las actividades propias de la profesión de conformidad con las normas y/o reglamentos de acuerdo al objeto contractual y las necesidades del servicio. | CUMPLIMIENTO ACTOS MEDICOS | DOCUMENTOS HISOTIRA CLINCIA RODNAS TURNOS ETC |
| 35 | En caso de presentarse novedades, informar con anticipación dicha situación a su supervisor para efectos de tomar las medidas necesarias. | NO APLICA AL MOMENTO | NO APLICA |
| 36 | Ejercer las actividades propias de la profesión de conformidad con las normas y/o reglamentos de acuerdo al objeto contractual y las necesidades del servicio | SE EVIDENICA DIFERENTES ACTIVIDADES REALIZADAS | HISOTIRAS CLINICAS Y ACTAS |
| 37 | Recibir y entregar turno de acuerdo a lo acordado con el Supervisor y de conformidad al objeto misional de la Entidad." Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato | CUMPLIMIENTO DE DICHAS ACTIVIDADES EVIDENCIADO EN ASISTENCIA | ACTAS REALIZADAS |

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. 19.396.986 de BOGOTA

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS | |
|---|---|
| NOMBRE: | JEANNETTE PAVA LAGUNA |
| CARGO: | DIRECTORA DE HOSPITALIZACION |
| FIRMA | |

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 19396986 | Leopoldo Berrio Norman | Calle 114 A #58 - 65 Apartamento 304 | 4792022 | LEOBERRIO1960@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 | |
| 2020-12 | 2020-12 | I | 13/01/2021 | 47863609 | $1.839.600 | |

## 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 | 720.000 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 720.000 | 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 | 921.600 | 0 | 0 | 28.800 | 28.800 | 0 | 0 | | 979.200 | 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 | 140.400 | | | | 140.400 | 0 | 0 | 140.400 | | | 1.404 | 140.400 | 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 | 720.000 | 720.000 |
| Pensión | 1 | 979.200 | 979.200 |
| Riesgos Laborales | 1 | 140.400 | 140.400 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 1.839.600 | 1.839.600 |

PAGADA 47863609

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