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: 01

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: PS 0084 2018 **C.D.P. No.:** 6

Proceso al que pertenece: GESTION HOSPITALARIA

Unidad a la que pertenece: UNIDAD SANTA CLARA

Nombre del Contratista: CLAUDIA DEL ROCIO LATORRE LEAL **C.C.** 52.054.741 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2018-01-10 **Fecha Terminación incial:** 2018-06-09 **Valor Mensual:** $ 2.059.200 **Valor a cobrar:** $ 2.059.200

ADICIÓN/ OTROSI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	ENERO	$ 2.059.200	$ 372.900	847499987
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				
13	ENERO 1-9	$ 0	$ 0	0

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 14.133.600	$ 14.133.600	$ 2.059.200	$ 12.074.400

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES DE MANERA PERSONAL Y AUTONOMA, EN SU CONDICIÓN DE TERAPEUTA RESPIRATORIA PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES Y DEMÁS ASIGNADAS, EN LOS DIFERENTES SERVICIOS Y EN LAS UNIDADES QUE SE REQUIERA, CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2018-01-10 **Hasta:** 2018-01-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	Realizar las actividades diagnósticas y terapéuticas para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de cada paciente.	Realizo las actividades diagnósticas y terapéuticas para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de cada paciente.
2	Ralizar el manejo integral a los pacientes hospitalizados, ambulatorios y urgencias, sala ERA interconsultados.	Realizo el manejo integral a los pacientes hospitalizados, ambulatorios y urgencias, sala ERA interconsultados.
3	Realizar tratamiento y seguimiento a los pacientes valorados.	Realizo tratamiento y seguimiento a los pacientes valorados.
4	Dar pautas de manejo y educación a las madres y/o familiares de los pacientes valorados.	Doy pautas de manejo y educación a las madres y/o familiares de los pacientes valorados.
5	Velar por el uso racional de los elementos de Terapia Respiratoria.	Velo por el uso racional de los elementos de Terapia Respiratoria.
6	Realizar los seguimientos telefónicos a pacientes menores de 5 años con dx ERA atendidos en urgencias, hospitalización, consulta externa.	Realizo los seguimientos telefónicos a pacientes menores de 5 años con dx ERA atendidos en urgencias, hospitalización, consulta externa.
7	Control de oximetría en pacientes del progama de crónicos de oxigeno domiciliario del hospital.	Control de oximetría en pacientes del progama de crónicos de oxigeno domiciliario del hospital.
8	Elaborar la estadisticas diarias de las actividaes que se realizan y el consolidado mensual para ser entregado en forma oportuna.	Elaboro la estadisticas diarias de las actividaes que se realizan y el consolidado mensual para ser entregado en forma oportuna.
9	Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clinica	Cumplo con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clinica
10	Participar en las actividadesde revista, caso clínico con el fin de evaluar y en caso de ser necesario ajustar el plan individual de habilitación/rehabilitación del usuario ambulatorio u hospitalizado.	Participo en las actividadesde revista, caso clínico con el fin de evaluar y en caso de ser necesario ajustar el plan individual de habilitación/rehabilitación del usuario ambulatorio u hospitalizado.
11	reportar los eventos de notificaión obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad	Reporto los eventos de notificaión obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.
12	Notificar los sucesos de calidadque se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.	Notifico los sucesos de calidadque se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.
13	Velar por el seguimiento de las normas de bioseguridad, salud ocupacional y gestión ambiental.	Velo por el seguimiento de las normas de bioseguridad, salud ocupacional y gestión ambiental.
14	Direccionar y/o asignar plan casero o actividades para realizar en casa a los pacientes que lo requieran y que han sido atendidos.	Direcciono y/o asigno plan casero o actividades para realizar en casa a los pacientes que lo requieran y que han sido atendidos.
15	Realizar manejo de equipos de cuidado intensivo como Cánulas de alto flujo, Ventilación de alta frecuencia, Oxido nitrico, Oxiheliox y Fibrobroncoscopia. 15. Velar porque la atención sea humana, eficaz, cálida con todos y cada uno de los usuarios que requieran el servicio. 16. Desarrollar las actividades para el fortalecimiento de los centros de tención primarios (CAPS) en el marco del	Realizo manejo de equipos de cuidado intensivo como Cánulas de alto flujo, Ventilación de alta frecuencia, Óxido nitrico, Oxiheliox y Fibrobroncoscopia. 15. Velo porque la atención sea humana, eficaz, cálida con todos y cada uno de los usuarios que requieran el servicio. 16. Desarrollo las actividades para el fortalecimiento de los centros de tención primarios (CAPS) en el marco del convenio 1219 de 2017.
16	Portar el carnet institucional de la SURED durante la ejecución de las actividades contractuales.18 Cumplir con todas las medidas de asepsia y antisepsia para el manejo de los dispositivos médicos y comportamiento dentro de las diferentes aras del servicio.	Porto el carnet institucional de la SURED durante la ejecución de las actividades contractuales. 18. Cumplocon todas las medidas de asepsia y antisepsia para el manejo de los dispositivos médicos y comportamiento dentro de las diferentes aras del servicio.

OBSERVACIONES:
HORAS 132.

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. 52.054.741 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	**MARIA ESNEDA ROCHA GAONA**
CARGO:	**LIDER APOYO TERAPEUTICO**
FIRMA	

TOTAL HORAS 180

-48

aportes en línea

Planilla Integrada

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificacion	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Telefono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52054741		LATORRE LEAL CLAUDIA DEL ROCIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 23 N. 4 A - 59	BOGOTA-BOGOTA D.E	5555555	NO

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pension	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-01	2018-01	74998789	8474998789	I	2018/01/11	2018/01/18	BANCO AV VILLAS	7	$372,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO

NOVEDADES

Tipo	Numero	Nombre	Tipo Cotizante	Horas Laboradas	Extranjero	Colombiano en el Exterior	Fecha Radicacion en el Exterior	ING	Fecha ing	ret	Fecha ret	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Fecha Inicio vsp	COR	VST	SLN	Fecha Inicio sln	Fecha Fin sln	IGE	Fecha Inicio ige	Fecha Fin ige	LMA	Fecha Inicio lma	Fecha Fin lma	VAC-LR	Fecha Inicio vac-lr	Fecha Fin vac-lr	AVP
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)																																
Centro de Trabajo: PRINCIPAL(1 Afiliados)																																
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E.(1 Afiliados)																																
1 CC	52054741	LATORRE LEAL CLAUDIA DEL ROCIO	Independiente contratación prestación de servicios superiores																													
				0	NO																											
Total Afiliados(1)																																

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificacion	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Telefono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52054741		LATORRE LEAL CLAUDIA DEL ROCIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 23 N. 4 A - 59	BOGOTA-BOGOTA D.E	5555555	NO

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pension	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-01	2018-01	74998789	8474998789	I	2018/01/11	2018/01/18	BANCO AV VILLAS	7	$372,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$180,000	$1,000	$0	$181,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$180,000	$1,000	$0	$181,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$27,500	$200	$0	$27,700
SEGUROS BOLIVAR	14 7	860,002,503	2	1	$27,500	$200	$0	$27,700
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$22,500	$200	$0	$22,700
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$22,500	$200	$0	$22,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$140,700	$800	$0	$141,500
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$140,700	$800	$0	$141,500
TOTAL				**1**	**$370,700**	**$2,200**	**$0**	**$372,900**

132 HORAS

$2.059.200

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: 01

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 0084 2018	**C.D.P. No.:**	6	**Proceso al que pertenece:**	GESTION HOSPITALARIA
				Unidad a la que pertenece:	UNIDAD SANTA CLARA

Nombre del Contratista: CLAUDIA DEL ROCIO LATORRE LEAL **C.C.** 52.054.741 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2018-01-10 **Fecha Terminación incial:** 2018-06-09 **Valor Mensual:** $ 2.620.800 **Valor a cobrar:** $ 2.620.800

ADICIÓN/ OTROSI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	ENERO	$ 2.059.200	$ 372.900	847499987
2	FEBRERO	$ 2.620.800	$ 328.900	8476489357
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				
13	ENERO 1-9	$ 0	$ 0	0

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 14.133.600	$ 14.133.600	$ 4.680.000	$ 9.453.600

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES DE MANERA PERSONAL Y AUTONOMA, EN SU CONDICIÓN DE TERAPEUTA RESPIRATORIA PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES Y DEMÁS ASIGNADAS, EN LOS DIFERENTES SERVICIOS Y EN LAS UNIDADES QUE SE REQUIERA, CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2018-02-01 **Hasta:** 2018-02-28

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	Realizar las actividades diagnósticas y terapéuticas para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de cada paciente.	Realizo las actividades diagnósticas y terapéuticas para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de cada paciente.
2	Ralizar el manejo integral a los pacientes hospitalizados, ambulatorios y urgencias, sala ERA interconsultados.	Realizo el manejo integral a los pacientes hospitalizados, ambulatorios y urgencias, sala ERA interconsultados.
3	Realizar tratamiento y seguimiento a los pacientes valorados.	Realizo tratamiento y seguimiento a los pacientes valorados.
4	Dar pautas de manejo y educación a las madres y/o familiares de los pacientes valorados.	Doy pautas de manejo y educación a las madres y/o familiares de los pacientes valorados.
5	Velar por el uso racional de los elementos de Terapia Respiratoria.	Velo por el uso racional de los elementos de Terapia Respiratoria.
6	Realizar los seguimientos telefónicos a pacientes menores de 5 años con dx ERA atendidos en urgencias, hospitalización, consulta externa.	Realizo los seguimientos telefónicos a pacientes menores de 5 años con dx ERA atendidos en urgencias, hospitalización, consulta externa.
7	Control de oximetría en pacientes del progama de crónicos de oxigeno domiciliario del hospital.	Control de oximetría en pacientes del progama de crónicos de oxigeno domiciliario del hospital.
8	Elaborar la estadisticas diarias de las actividaes que se realizan y el consolidado mensual para ser entregado en forma oportuna.	Elaboro la estadisticas diarias de las actividaes que se realizan y el consolidado mensual para ser entregado en forma oportuna.
9	Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clinica	Cumplo con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clinica
10	Participar en las actividadesde revista, caso cl{inico con el fin de evaluar y en caso de ser necesario ajustar el plan individual de habilitación/rehabilitación del usuario ambulatorio u hospitalizado.	Participo en las actividadesde revista, caso cl{inico con el fin de evaluar y en caso de ser necesario ajustar el plan individual de habilitación/rehabilitación del usuario ambulatorio u hospitalizado.
11	reportar los eventos de notificaión obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad	Reporto los eventos de notificaión obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.
12	Notificar los sucesos de calidadque se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e imp'lementar las acciones de mejora definidas para el servicio.	Notifico los sucesos de calidadque se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e imp'lementar las acciones de mejora definidas para el servicio.
13	Velar por el seguimiento de las normas de bioseguridad, salud ocupacional y gestión ambiental.	Velo por el seguimiento de las normas de bioseguridad, salud ocupacional y gestión ambiental.
14	Direccionar y/o asignar plan casero o actividades para realizar en casa a los pacientes que lo requieran y que han sido atendidos.	Direcciono y/o asigno plan casero o actividades para realizar en casa a los pacientes que lo requieran y que han sido atendidos.
15	Realizar manejo de equipos de cuidado intensivo como Cánulas de alto flujo, Ventilación de alta frecuencia, Oxido nitrico, Oxiheliox y Fibrobroncoscopia. 15. Velar porque la atención sea humana, eficaz, cálida con todos y cada uno de los usuarios que requieran el servicio. 16. Desarrollar las actividades para el fortalecimiento de los centros de tención primarios (CAPS) en el marco del	Realizo manejo de equipos de cuidado intensivo como Cánulas de alto flujo, Ventilación de alta frecuencia, Oxido nitrico, Oxiheliox y Fibrobroncoscopia. 15. Velo porque la atención sea humana, eficaz, cálida con todos y cada uno de los usuarios que requieran el servicio. 16. Desarrollo las actividades para el fortalecimiento de los centros de tención primarios (CAPS) en el marco del convenio 1219 de 2017.
16	Portar el carnet institucional de la SURED durante la ejecución de las actividades contractuales.18 Cumplir con todas las medidas de asepsia y antisepsia para el manejo de los dispositivos médicos y comportamiento dentro de las diferentes aras del servicio.	Porto el carnet institucional de la SURED durante la ejecución de las actividades contractuales. 18. Cumplocon todas las medidas de asepsia y antisepsia para el manejo de los dispositivos médicos y comportamiento dentro de las diferentes aras del servicio.

OBSERVACIONES:
HORAS 168.

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

Claudia Latorre
Firma del Contratista

C.C. 52.054.741 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	**MARIA ESNEDA ROCHA GAONA**
CARGO:	**LIDER APOYO TERAPEUTICO**
FIRMA	

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52054741		LATORRE LEAL CLAUDIA DEL ROCIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 29 N. 4 A - 59	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-02	2018-02	76489357	8476489357	I	2018/02/09	2018/02/23	BANCO AV VILLAS	14	$349,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$168,000	$1,900	$0	$169,900
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$168,000	$1,900	$0	$169,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$25,600	$300	$0	$25,900
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$25,600	$300	$0	$25,900
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$21,000	$300	$0	$21,300
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$21,000	$300	$0	$21,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$131,300	$1,500	$0	$132,800
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$131,300	$1,500	$0	$132,800
TOTAL				1	$345,900	$4,000	$0	$349,900

PAGADO

168 HORAS

$ 2.620.800

2018/02/23 08:51 AM

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: 01

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 0084 2018	**C.D.P. No.:**	6	**Proceso al que pertenece:**	GESTION HOSPITALARIA
				Unidad a la que pertenece:	UNIDAD SANTA CLARA

Nombre del Contratista: CLAUDIA DEL ROCIO LATORRE LEAL **C.C.** 52.054.741 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2018-01-10 **Fecha Terminación incial:** 2018-06-09 **Valor Mensual:** $ 2.995.200 **Valor a cobrar:** $ 2.995.200

ADICIÓN/ OTROSI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	ENERO	$ 2.059.200	$ 372.900	847499987
2	FEBRERO	$ 2.620.800	$ 328.900	8476489357
3	MARZO	$ 2.995.200	$ 389.800	8477572934
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				
13	ENERO 1-9	$ 0	$ 0	0

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 14.133.600	$ 14.133.600	$ 7.675.200	$ 6.458.400

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES DE MANERA PERSONAL Y AUTONOMA, EN SU CONDICIÓN DE TERAPEUTA RESPIRATORIA PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES Y DEMÁS ASIGNADAS, EN LOS DIFERENTES SERVICIOS Y EN LAS UNIDADES QUE SE REQUIERA, CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2018-03-01 **Hasta:** 2018-03-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	Realizar las actividades diagnósticas y terapéuticas para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de cada paciente.	Realizo las actividades diagnósticas y terapéuticas para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de cada paciente.
2	Ralizar el manejo integral a los pacientes hospitalizados, ambulatorios y urgencias, sala ERA interconsultados.	Realizo el manejo integral a los pacientes hospitalizados, ambulatorios y urgencias, sala ERA interconsultados.
3	Realizar tratamiento y seguimiento a los pacientes valorados.	Realizo tratamiento y seguimiento a los pacientes valorados.
4	Dar pautas de manejo y educación a las madres y/o familiares de los pacientes valorados.	Doy pautas de manejo y educación a las madres y/o familiares de los pacientes valorados.
5	Velar por el uso racional de los elementos de Terapia Respiratoria.	Velo por el uso racional de los elementos de Terapia Respiratoria.
6	Realizar los seguimientos telefónicos a pacientes menores de 5 años con dx ERA atendidos en urgencias, hospitalización, consulta externa.	Realizo los seguimientos telefónicos a pacientes menores de 5 años con dx ERA atendidos en urgencias, hospitalización, consulta externa.
7	Control de oximetría en pacientes del progama de crónicos de oxigeno domiciliario del hospital.	Control de oximetría en pacientes del progama de crónicos de oxigeno domiciliario del hospital.
8	Elaborar la estadisticas diarias de las actividaes que se realizan y el consolidado mensual para ser entregado en forma oportuna.	Elaboro la estadisticas diarias de las actividaes que se realizan y el consolidado mensual para ser entregado en forma oportuna.
9	Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clinica	Cumplo con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clinica
10	Participar en las actividadesde revista, caso cl{inico con el fin de evaluar y en caso de ser necesario ajustar el plan individual de habilitación/rehabilitación del usuario ambulatorio u hospitalizado.	Participo en las actividadesde revista, caso cl{inico con el fin de evaluar y en caso de ser necesario ajustar el plan individual de habilitación/rehabilitación del usuario ambulatorio u hospitalizado.
11	reportar los eventos de notificaión obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad	Reporto los eventos de notificaión obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.
12	Notificar los sucesos de calidadque se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e imp'lementar las acciones de mejora definidas para el servicio.	Notifico los sucesos de calidadque se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e imp'lementar las acciones de mejora definidas para el servicio.
13	Velar por el seguimiento de las normas de bioseguridad, salud ocupacional y gestión ambiental.	Velo por el seguimiento de las normas de bioseguridad, salud ocupacional y gestión ambiental.
14	Direccionar y/o asignar plan casero o actividades para realizar en casa a los pacientes que lo requieran y que han sido atendidos.	Direcciono y/o asigno plan casero o actividades para realizar en casa a los pacientes que lo requieran y que han sido atendidos.
15	Realizar manejo de equipos de cuidado intensivo como Cánulas de alto flujo, Ventilación de alta frecuencia, Oxido nitrico, Oxiheliox y Fibrobroncoscopia. 15. Velar porque la atención sea humana, eficaz, cálida con todos y cada uno de los usuarios que requieran el servicio. 16. Desarrollar las actividades para el fortalecimiento de los centros de tención primarios (CAPS) en el marco del	Realizo manejo de equipos de cuidado intensivo como Cánulas de alto flujo, Ventilación de alta frecuencia, Oxido nitrico, Oxiheliox y Fibrobroncoscopia. 15. Velo porque la atención sea humana, eficaz, cálida con todos y cada uno de los usuarios que requieran el servicio. 16. Desarrollo las actividades para el fortalecimiento de los centros de tención primarios (CAPS) en el marco del convenio 1219 de 2017.
16	Portar el carnet institucional de la SURED durante la ejecución de las actividades contractuales.18 Cumplir con todas las medidas de asepsia y antisepsia para el manejo de los dispositivos médicos y comportamiento dentro de las diferentes aras del servicio.	Porto el carnet institucional de la SURED durante la ejecución de las actividades contractuales. 18. Cumplocon todas las medidas de asepsia y antisepsia para el manejo de los dispositivos médicos y comportamiento dentro de las diferentes aras del servicio.

OBSERVACIONES:
HORAS 192.

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

CLAUDIA LATORRE
Firma del Contratista

C.C. 52.054.741 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	**MARIA ESNEDA ROCHA GAONA**
CARGO:	**LIDER APOYO TERAPEUTICO**
FIRMA	

aportes en línea

Resumen General de Pago

DOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificacion	dv	Razon Social	Tipo Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Telefono	Exonerado SENA e ICBF
52654741		LATORRE LEAL CLAUDIA DEL ROCIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 29 N. 4 A 39	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo Planilla	Fecha			Pago		
	Salud	Pago	Planilla		Limite	Pago	Banco	Dias Mora		Valor
	2018-03	27572934	84275729434		2018/03/09	2018/03/22	BANCO AV VILLAS	13		5399,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION	SALUD					CCF				RIESGOS			PARAFISCALES		
Tipo	Identificacion	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Grupo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,200,000	$192,000			$1,200,000	$150,000			$1,200,000	$24,000			$1,200,000	$29,300		$1,200,000	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,200,000	$192,000			$1,200,000	$150,000			$1,200,000	$24,000			$1,200,000	$29,300		$1,200,000	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,200,000	$192,000			$1,200,000	$150,000			$1,200,000	$24,000			$1,200,000	$29,300		$1,200,000	
	CC	52654741	LATORRE CLAUDIA	230301	30	$1,200,000	$192,000	EPS008	30	$1,200,000	$150,000		30	$1,200,000	$24,000	14-7	30	$1,200,000	$29,300	30	$1,200,000	
Total	Afiliados(1)					$1,200,000	$192,000			$1,200,000	$150,000			$1,200,000	$24,000			$1,200,000	$29,300		$1,200,000	

PAGADO

192 HORAS
$ 2.995.200

2018/03/22 12:24 PM

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: 01

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 0084 2018	**C.D.P. No.:**	6	**Proceso al que pertenece:**	GESTION HOSPITALARIA
				Unidad a la que pertenece:	UNIDAD SANTA CLARA

Nombre del Contratista: CLAUDIA DEL ROCIO LATORRE LEAL **C.C.** 52.054.741 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2018-01-10 **Fecha Terminación incial:** 2018-06-09 **Valor Mensual:** $ 2.808.000 **Valor a cobrar:** $ 2.808.000

ADICIÓN/ OTROSI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	ENERO	$ 2.059.200	$ 372.900	847499987
2	FEBRERO	$ 2.620.800	$ 328.900	8476489357
3	MARZO	$ 2.995.200	$ 389.800	8477572934
4	ABRIL	$ 2.808.000	$ 375.500	8478596900
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				
13	ENERO 1-9	$ 0	$ 0	0

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 14.133.600	$ 14.133.600	$ 10.483.200	$ 3.650.400

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES DE MANERA PERSONAL Y AUTONOMA, EN SU CONDICIÓN DE TERAPEUTA RESPIRATORIA PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES Y DEMÁS ASIGNADAS, EN LOS DIFERENTES SERVICIOS Y EN LAS UNIDADES QUE SE REQUIERA, CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2018-04-01 **Hasta:** 2018-04-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	Realizar las actividades diagnósticas y terapéuticas para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de cada paciente.	Realizo las actividades diagnósticas y terapéuticas para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de cada paciente.
2	Ralizar el manejo integral a los pacientes hospitalizados, ambulatorios y urgencias, sala ERA interconsultados.	Realizo el manejo integral a los pacientes hospitalizados, ambulatorios y urgencias, sala ERA interconsultados.
3	Realizar tratamiento y seguimiento a los pacientes valorados.	Realizo tratamiento y seguimiento a los pacientes valorados.
4	Dar pautas de manejo y educación a las madres y/o familiares de los pacientes valorados.	Doy pautas de manejo y educación a las madres y/o familiares de los pacientes valorados.
5	Velar por el uso racional de los elementos de Terapia Respiratoria.	Velo por el uso racional de los elementos de Terapia Respiratoria.
6	Realizar los seguimientos telefónicos a pacientes menores de 5 años con dx ERA atendidos en urgencias, hospitalización, consulta externa.	Realizo los seguimientos telefónicos a pacientes menores de 5 años con dx ERA atendidos en urgencias, hospitalización, consulta externa.
7	Control de oximetria en pacientes del progama de crónicos de oxigeno domiciliario del hospital.	Control de oximetría en pacientes del progama de crónicos de oxigeno domiciliario del hospital.
8	Elaborar la estadisticas diarias de las actividaes que se realizan y el consolidado mensual para ser entregado en forma oportuna.	Elaboro la estadisticas diarias de las actividaes que se realizan y el consolidado mensual para ser entregado en forma oportuna.
9	Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clinica	Cumplo con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clinica
10	Participar en las actividadesde revista, caso cl{inico con el fin de evaluar y en caso de ser necesario ajustar el plan individual de habilitación/rehabilitación del usuario ambulatorio u hospitalizado.	Participo en las actividadesde revista, caso cl{inico con el fin de evaluar y en caso de ser necesario ajustar el plan individual de habilitación/rehabilitación del usuario ambulatorio u hospitalizado.
11	reportar los eventos de notificaión obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad	Reporto los eventos de notificaión obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.
12	Notificar los sucesos de calidadque se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e imp'lementar las acciones de mejora definidas para el servicio.	Notifico los sucesos de calidadque se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e imp'lementar las acciones de mejora definidas para el servicio.
13	Velar por el seguimiento de las normas de bioseguridad, salud ocupacional y gestión ambiental.	Velo por el seguimiento de las normas de bioseguridad, salud ocupacional y gestión ambiental.
14	Direccionar y/o asignar plan casero o actividades para realizar en casa a los pacientes que lo requieran y que han sido atendidos.	Direcciono y/o asigno plan casero o actividades para realizar en casa a los pacientes que lo requieran y que han sido atendidos.
15	Realizar manejo de equipos de cuidado intensivo como Cánulas de alto flujo, Ventilación de alta frecuencia, Oxido nitrico, Oxiheliox y Fibrobroncoscopia. 15. Velar porque la atención sea humana, eficaz, cálida con todos y cada uno de los usuarios que requieran el servicio. 16. Desarrollar las actividades para el fortalecimiento de los centros de tención primarios (CAPS) en el marco del	Realizo manejo de equipos de cuidado intensivo como Cánulas de alto flujo, Ventilación de alta frecuencia, Oxido nitrico, Oxiheliox y Fibrobroncoscopia. 15. Velo porque la atención sea humana, eficaz, cálida con todos y cada uno de los usuarios que requieran el servicio. 16. Desarrollo las actividades para el fortalecimiento de los centros de tención primarios (CAPS) en el marco del convenio 1219 de 2017.
16	Portar el carnet institucional de la SURED durante la ejecución de las actividades contractuales.18 Cumplir con todas las medidas de asepsia y antisepsia para el manejo de los dispositivos médicos y comportamiento dentro de las diferentes aras del servicio.	Porto el carnet institucional de la SURED durante la ejecución de las actividades contractuales. 18. Cumplocon todas las medidas de asepsia y antisepsia para el manejo de los dispositivos médicos y comportamiento dentro de las diferentes aras del servicio.

OBSERVACIONES:
HORAS 180.

CLAUDIA LATORRE L.
Firma del Contratista

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

C.C. 52.054.741 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	**MARIA ESNEDA ROCHA GAONA**
CARGO:	**LIDER APOYO TERAPEUTICO**
FIRMA	

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52054741		LATORRE LEAL CLAUDIA DEL ROCIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 29 N. 4 A - 59	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-04	2018-04	78596900	8478596900	I	2018/04/10	2018/04/23	BANCO AV VILLAS	13	$399,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES															PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vsp	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,200,000	$192,000			$1,200,000	$150,000			$1,200,000	$24,000			$1,200,000	$29,300		$1,200,000	$0		$395,300
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,200,000	$192,000			$1,200,000	$150,000			$1,200,000	$24,000			$1,200,000	$29,300		$1,200,000	$0		$395,300
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																						$1,200,000	$192,000			$1,200,000	$150,000			$1,200,000	$24,000			$1,200,000	$29,300		$1,200,000	$0		$395,300
1	CC	52054741	LATORRE CLAUDIA								X									230301	30	$1,200,000	$192,000	EPS008	30	$1,200,000	$150,000	CCF24	30	$1,200,000	$24,000	14-7	30	$1,200,000	$29,300	30	$1,200,000	$0	No	$395,300
Total	**Afiliados(1)**																					$1,200,000	$192,000			$1,200,000	$150,000			$1,200,000	$24,000			$1,200,000	$29,300		$1,200,000	$0		$395,300

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52054741		LATORRE LEAL CLAUDIA DEL ROCIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 29 N. 4 A - 59	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-04	2018-04	78596900	8478596900	I	2018/04/10	2018/04/23	BANCO AV VILLAS	13	$399,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$192,000	$2,000	$0	$194,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$192,000	$2,000	$0	$194,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$29,300	$300	$0	$29,600
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$29,300	$300	$0	$29,600
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$24,000	$300	$0	$24,300
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$24,000	$300	$0	$24,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$150,000	$1,600	$0	$151,600
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$150,000	$1,600	$0	$151,600
TOTAL				1	$395,300	$4,200	$0	$399,500

180 HORAS
$ 2.805.000

$375.500

2018/04/26 01:52 PM

DE BOGOTA D.C.
SALUD

Bogotá D.C.,

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

Respetados Señor(es):

Para su conocimiento y fines pertinentes, adjunto al presente me permito remitir a usted, los siguientes soportes

DOCUMENTO	SI	NO
Certificación Dependencia Económica (Ver anexo condición de declarante y existencia dependencia económica)	X	
Certificación Crédito Hipotecario Intereses Pagados 2017		X
Certificación Medicina Prepagada y/o Plan Complementario Pagado 2017	X	

	SI	NO	VALOR MENSUAL	Entidad y No. Cuenta
Certificación Cuentas AFC		X		
Certificación Aportes Voluntarios a Pensión		X		

Además certificó que tengo las siguientes vinculaciones contractuales en la Subred Centro Oriente:

Planta _____ O.P.S. V

Lo anterior para tener en cuenta en la Retención en la Fuente

Cordialmente,

(Firma) _____
Nombre: CLAUDIA PATRICIA TORRES DIAZ
C.C. 52054741
Cargo TEMPORAL RESPONSABLE
Dirección CR 29 N. 4A -59
Teléfono 3123516423
Email claudiaroviatorres@gmail.com
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Anexo: Lo citado (Folios)

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD

Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

CONDICIÓN DE DECLARANTE Y EXISTENCIA Y DEPENDENCIA ECONÓMICA

Yo, CLAUDIA JATORRE JENI identificado(a) con C.C No. 52034741 Ubicado(a) en BOGOTA.

TIPO DE DEPENDIENTES:

A. Hijo(s) que tiene(n) hasta 18 años de edad y depende(n) económicamente de mí.

B. Hijo(s) con edad entre 18 y 23 años, cuya educación está a mi cargo en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente.(Anexar Fotocopia Certificado o Recibo expedido por la Autoridad Oficial)

C. Hijo(s) mayor(es) de 23 años que se encuentra en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos certificados por Medicina Legal.

D. Cónyuge o compañero permanente que se encuentra en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientos sesenta (260) UVTS, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.

E. Padres y/o hermanos que se encuentran en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVTS, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.

Que la(s) siguiente(s) persona(s) se encuentra(n) a mi cargo en la calidad de dependiente:

NOMBRE	TIPO DOCUMENTO ID. (C.C. / T.I)	NUMERO DOCUMENTO	TIPO (A, B, C, D o E)
AMALIA Hoyos JATORRE	T.I	1001297332	A
NICOLAS Hoyos JATORRE	R.C	41118155	A

Que de conformidad con lo ordenado en el inciso 2º del parágrafo 4º del Decreto 099 del 25 de enero del 2013, nadie más solicitará la deducción de la base de la retención en la fuente por el mismo dependiente.

La presente certificación se expide en la ciudad de BOGOTA a los 31 días del mes de MARZO del año 2018, para efectos de la depuración de la base del cálculo de la retención establecida en los artículos 383 y 387 del Estatuto Tributario.

FIRMA:

C.C.: CLAUDIA JATORRE JENI

Fecha: 31.03.2018

Diagonal 34 Nº 5-43
Av. Caracas No.33A-11
Celular 302 3405561
Info: Línea 195

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

NOTARIA TRECE
CRA. 13 NO. 63-39 INT. 8/10
TELEFONO 6401313

ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

CONSTANCIA DE INSCRIPCION
NOTARIA TRECE
CRA. 13 NO. 63-39 INT. 8/10
TELEFONO 6401313

NUIP 1034402518

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 41118155

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría: [ ] Notaría: [X] Número: 13 Consulado: [ ] Corregimiento: [ ] Inspección de Policía: [ ] Código: A Z C

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
HOYOS	LATORRE

Nombre(s)

NICOLAS

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2010 Mes ABR Día 16	MASCULINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA-CUNDINAMARCA-BOGOTA

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	1032241-1

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

LATORRE LEAL CLAUDIA DEL ROCIO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 52054741 DE BOGOTA	COLOMBIANO(A)

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

HOYOS MENA JESUS HORACIO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 11800669 DE QUIBDO	COLOMBIANO(A)

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

HOYOS MENA JESUS HORACIO

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
C.C. 11800669 DE QUIBDO	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2010 Mes ABR Día 26	JAIME ALBERTO RODRIGUEZ CUES Nombre y firma

compensar

LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

El(la) señor(a) CLAUDIA DEL ROCIO LATORRE LEAL identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 52054741, funcionario(a) de CLAUDIA DEL ROCIO LATORRE LEAL, tiene un contrato de PC ESPECIAL CON POS con COMPENSAR EPS, desde el 20171001 hasta 20180930 y por el cual ha cancelado la suma de UN MILLON CUATROCIENTOS NOVENTA Y UN MIL PESOS ($1.491.000,00)

A continuación se relacionan los pagos efectuados:

Número de Recibo	Fecha de Pago	Valor Pagado
10317698	20171230	$ 298,200
10317699	20171230	$ 298,200
10317700	20171230	$ 298,200
10317701	20180315	$ 298,200
10317702	20180315	$ 298,200
Total		$ 1,491,000

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), en Bogotá a los 26 días del mes de marzo de 2018.

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en nuestra Línea de Atención Servicios de Salud 444 1234.

Cordialmente,

COMPENSAR EPS.

Elaboró: TRANSACCIONES EN LINEA

CER-PAS 481324

Avenida Calle 26 No. 66A - 48
Central telefónica - 444 1234
www.compensar.com

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.001.297.332
HOYOS LATORRE
APELLIDOS
ANDRES STIVEN
NOMBRES

FIRMA

FECHA DE NACIMIENTO 21-JUL-2001
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
21-JUL-2019
FECHA DE VENCIMIENTO
O+
G S RH
M
SEXO
21-SEP-2016 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1500150-00851631-M-1001297332-20160927 0051459824A 1 1294111363

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: 01

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: PS 0084 2018 **C.D.P. No.:** 6

Proceso al que pertenece: GESTION HOSPITALARIA

Unidad a la que pertenece: UNIDAD SANTA CLARA

Nombre del Contratista: CLAUDIA DEL ROCIO LATORRE LEAL **C.C.** 52.054.741 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2018-01-10 **Fecha Terminación incial:** 2018-06-09 **Valor Mensual:** $ 2.808.000 **Valor a cobrar:** $ 2.808.000

ADICIÓN/ OTROSI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
0				
0				
0				
0				
1	$ 3.182.400	2097	10/06/2018	09/07/2018
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	ENERO	$ 2.059.200	$ 372.900	847499987
2	FEBRERO	$ 2.620.800	$ 328.900	8476489357
3	MARZO	$ 2.995.200	$ 389.800	8477572934
4	ABRIL	$ 2.808.000	$ 375.500	8478596900
5	MAYO	$ 2.808.000	$ 353.600	8479891695
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				
13	ENERO 1-9	$ 0	$ 0	0

Resumen de contrato	VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
	$ 14.133.600	$ 17.316.000	$ 13.291.200	$ 4.024.800

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES DE MANERA PERSONAL Y AUTONOMA, EN SU CONDICIÓN DE TERAPEUTA RESPIRATORIA PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES Y DEMÁS ASIGNADAS, EN LOS DIFERENTES SERVICIOS Y EN LAS UNIDADES QUE SE REQUIERA, CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2018-05-01 **Hasta:** 2018-05-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	Realizar las actividades diagnósticas y terapéuticas para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de cada paciente.	Realizo las actividades diagnósticas y terapéuticas para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de cada paciente.
2	Realizar el manejo integral a los pacientes hospitalizados, ambulatorios y urgencias, sala ERA interconsultados.	Realizo el manejo integral a los pacientes hospitalizados, ambulatorios y urgencias, sala ERA interconsultados.
3	Realizar tratamiento y seguimiento a los pacientes valorados.	Realizo tratamiento y seguimiento a los pacientes valorados.
4	Dar pautas de manejo y educación a las madres y/o familiares de los pacientes valorados.	Doy pautas de manejo y educación a las madres y/o familiares de los pacientes valorados.
5	Velar por el uso racional de los elementos de Terapia Respiratoria.	Velo por el uso racional de los elementos de Terapia Respiratoria.
6	Realizar los seguimientos telefónicos a pacientes menores de 5 años con dx ERA atendidos en urgencias, hospitalización, consulta externa.	Realizo los seguimientos telefónicos a pacientes menores de 5 años con dx ERA atendidos en urgencias, hospitalización, consulta externa.
7	Control de oximetria en pacientes del progama de crónicos de oxigeno domiciliario del hospital.	Control de oximetria en pacientes del progama de crónicos de oxigeno domiciliario del hospital.
8	Elaborar la estadisticas diarias de las actividades que se realizan y el consolidado mensual para ser entregado en forma oportuna.	Elaboro las estadisticas diarias de las actividades que se realizan y el consolidado mensual para ser entregado en forma oportuna.
9	Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clinica	Cumplo con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clinica
10	Participar en las actividadesde revista, caso clinico con el fin de evaluar y en caso de ser necesario ajustar el plan individual de habilitación/rehabilitación del usuario ambulatorio u hospitalizado.	Participo en las actividadesde revista, caso clinico con el fin de evaluar y en caso de ser necesario ajustar el plan individual de habilitación/rehabilitación del usuario ambulatorio u hospitalizado.
11	Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad	Reporto los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.
12	Notificar 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.	Notifico 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.
13	Velar por el seguimiento de las normas de bioseguridad, salud ocupacional y gestión ambiental.	Velo por el seguimiento de las normas de bioseguridad, salud ocupacional y gestión ambiental.
14	Direccionar y/o asignar plan casero o actividades para realizar en casa a los pacientes que lo requieran y que han sido atendidos.	Direcciono y/o asigno plan casero o actividades para realizar en casa a los pacientes que lo requieran y que han sido atendidos.
15	Realizar manejo de equipos de cuidado intensivo como Cánulas de alto flujo, Ventilación de alta frecuencia, Oxido nitrico, Oxiheliox y Fibrobroncoscopia. 15. Velar porque la atención sea humana, eficaz, cálida con todos y cada uno de los usuarios que requieran el servicio. 16. Desarrollar las actividades para el fortalecimiento de los centros de tención primarios (CAPS) en el marco del	Realizo manejo de equipos de cuidado intensivo como Cánulas de alto flujo, Ventilación de alta frecuencia, Oxido nitrico, Oxiheliox y Fibrobroncoscopia. 15. Velo porque la atención sea humana, eficaz, cálida con todos y cada uno de los usuarios que requieran el servicio. 16. Desarrollo las actividades para el fortalecimiento de los centros de tención primarios (CAPS) en el marco del convenio 1219 de 2017.
16	Portar el carnet institucional de la SUBRED durante la ejecución de las actividades contractuales.18 Cumplir con todas las medidas de asepsia y antisepsia para el manejo de los dispositivos médicos y comportamiento dentro de las diferentes aras del servicio.	17.Porto el carnet institucional de la SUBRED durante la ejecución de las actividades contractuales. 18. Cumplo con todas las medidas de asepsia y antisepsia para el manejo de los dispositivos médicos y comportamiento dentro de las diferentes aras del servicio.

OBSERVACIONES:
HORAS 180.

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. 52.054.741 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	MARIA ESNEDA ROCHA GAONA
CARGO:	LIDER APOYO TERAPEUTICO
FIRMA	

aportes en línea

Resumen Gen(l de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Telefono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52054741		LATORRE LEAL CLAUDIA DEL ROCIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 29 N. 4 A - 59	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-05	2018-05	79891695	8479891695	I	2018/05/10	2018/05/28	BANCO AV VILLAS	18	$376,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$180,000	$2,600	$0	$182,600
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$180,000	$2,600	$0	$182,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$27,500	$400	$0	$27,900
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$27,500	$400	$0	$27,900
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$22,500	$400	$0	$22,900
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$22,500	$400	$0	$22,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$140,700	$2,000	$0	$142,700
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$140,700	$2,000	$0	$142,700
TOTAL				**1**	**$370,700**	**$5,400**	**$0**	**$376,100**

PAGADO

$353.600

180 HORAS

$2.805.000

2018/05/28 08:43 AM

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: 01

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: PS 0084 2018 **C.D.P. No.:** 6

Proceso al que pertenece: GESTION HOSPITALARIA

Unidad a la que pertenece: UNIDAD SANTA CLARA

Nombre del Contratista: CLAUDIA DEL ROCIO LATORRE LEAL **C.C.** 52.054.741 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2018-01-10 **Fecha Terminación incial:** 2018-06-09 **Valor Mensual:** $ 2.808.000 **Valor a cobrar:** $ 2.808.000

ADICIÓN/ OTROSI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
0				
0				
0				
0				
1	$ 3.182.400	2097	10/06/2018	09/07/2018
2	$ 3.088.800	2354	10/07/2018	09/08/2018
0				
0				
0				
0				
0				
0				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	ENERO	$ 2.059.200	$ 372.900	847499987
2	FEBRERO	$ 2.620.800	$ 328.900	8476489357
3	MARZO	$ 2.995.200	$ 389.800	8477572934
4	ABRIL	$ 2.808.000	$ 375.500	8478596900
5	MAYO	$ 2.808.000	$ 353.600	8479891695
6	JUNIO	$ 2.808.000	$ 351.900	8480773664
0				
0				
0				
0				
0				
0				
13	ENERO 1-9	$ 0	$ 0	0

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 14.133.600	$ 20.404.800	$ 16.099.200	$ 4.305.600

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES DE MANERA PERSONAL Y AUTONOMA, EN SU CONDICIÓN DE TERAPEUTA RESPIRATORIA PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES Y DEMÁS ASIGNADAS, EN LOS DIFERENTES SERVICIOS Y EN LAS UNIDADES QUE SE REQUIERA, CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2018-06-01 **Hasta:** 2018-06-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	Realizar las actividades diagnósticas y terapéuticas para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de cada paciente.	Realizo las actividades diagnósticas y terapéuticas para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de cada paciente.
2	Realizar el manejo integral a los pacientes hospitalizados, ambulatorios y urgencias, sala ERA interconsultados.	Realizo el manejo integral a los pacientes hospitalizados, ambulatorios y urgencias, sala ERA interconsultados.
3	Realizar tratamiento y seguimiento a los pacientes valorados.	Realizo tratamiento y seguimiento a los pacientes valorados.
4	Dar pautas de manejo y educación a las madres y/o familiares de los pacientes valorados.	Doy pautas de manejo y educación a las madres y/o familiares de los pacientes valorados.
5	Velar por el uso racional de los elementos de Terapia Respiratoria.	Velo por el uso racional de los elementos de Terapia Respiratoria.
6	Realizar los seguimientos telefónicos a pacientes menores de 5 años con dx ERA atendidos en urgencias, hospitalización, consulta externa.	Realizo los seguimientos telefónicos a pacientes menores de 5 años con dx ERA atendidos en urgencias, hospitalización, consulta externa.
7	Control de oximetría en pacientes del progama de crónicos de oxigeno domiciliario del hospital.	Control de oximetría en pacientes del progama de crónicos de oxigeno domiciliario del hospital.
8	Elaborar la estadísticas diarias de las actividades que se realizan y el consolidado mensual para ser entregado en forma oportuna.	Elaboro las estadísticas diarias de las actividades que se realizan y el consolidado mensual para ser entregado en forma oportuna.
9	Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica	Cumplo con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica
10	Participar en las actividadesde revista, caso clínico con el fin de evaluar y en caso de ser necesario ajustar el plan individual de habilitación/rehabilitación del usuario ambulatorio u hospitalizado.	Participo en las actividadesde revista, caso clínico con el fin de evaluar y en caso de ser necesario ajustar el plan individual de habilitación/rehabilitación del usuario ambulatorio u hospitalizado.
11	Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad	Reporto los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.
12	Notificar 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.	Notifico 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.
13	Velar por el seguimiento de las normas de bioseguridad, salud ocupacional y gestión ambiental.	Velo por el seguimiento de las normas de bioseguridad, salud ocupacional y gestión ambiental.
14	Direccionar y/o asignar plan casero o actividades para realizar en casa a los pacientes que lo requieran y que han sido atendidos.	Direcciono y/o asigno plan casero o actividades para realizar en casa a los pacientes que lo requieran y que han sido atendidos.
15	Realizar manejo de equipos de cuidado intensivo como Cánulas de alto flujo, Ventilación de alta frecuencia, Oxido nitrico, Oxiheliox y Fibrobroncoscopia. 15. Velar porque la atención sea humana, eficaz, cálida con todos y cada uno de los usuarios que requieran el servicio. 16. Desarrollar las actividades para el fortalecimiento de los centros de tención primarios (CAPS) en el marco del	Realizo manejo de equipos de cuidado intensivo como Cánulas de alto flujo, Ventilación de alta frecuencia, Oxido nitrico, Oxiheliox y Fibrobroncoscopia. 15. Velo porque la atención sea humana, eficaz, cálida con todos y cada uno de los usuarios que requieran el servicio. 16. Desarrollo las actividades para el fortalecimiento de los centros de tención primarios (CAPS) en el marco del convenio 1219 de 2017.
16	Portar el carnet institucional de la SUBRED durante la ejecución de las actividades contractuales.18 Cumplir con todas las medidas de asepsia y antisepsia para el manejo de los dispositivos médicos y comportamiento dentro de las diferentes aras del servicio.	17.Porto el carnet institucional de la SUBRED durante la ejecución de las actividades contractuales. 18. Cumplo con todas las medidas de asepsia y antisepsia para el manejo de los dispositivos médicos y comportamiento dentro de las diferentes aras del servicio.

OBSERVACIONES:
HORAS 180.

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

Claudia del Rocio Latorre.
Firma del Contratista

C.C. 52.054.741 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	**MARIA ESNEDA ROCHA GAONA**
CARGO:	**LIDER APOYO TERAPEUTICO**
FIRMA	

aportes en línea

Resumen Gen l de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52054741		LATORRE LEAL CLAUDIA DEL ROCIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 29 N. 4 A - 59	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-06	2018-06	80773664	8480773664	I	2018/06/13	2018/06/25	BANCO AV VILLAS	12	$374,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$180,000	$1,700	$0	$181,700
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$180,000	$1,700	$0	$181,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$27,500	$300	$0	$27,800
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$27,500	$300	$0	$27,800
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$22,500	$300	$0	$22,800
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$22,500	$300	$0	$22,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$140,700	$1,400	$0	$142,100
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$140,700	$1,400	$0	$142,100
TOTAL				**1**	**$370,700**	**$3,700**	**$0**	**$374,400**

PAGADO

$ 351.900

180 HORAS
$ 2.608.000

2018/06/25 08:38 AM

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: 01

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 0084 2018	**C.D.P. No.:**	6	**Proceso al que pertenece:**	GESTION HOSPITALARIA
				Unidad a la que pertenece:	UNIDAD SANTA CLARA

Nombre del Contratista: CLAUDIA DEL ROCIO LATORRE LEAL **C.C.** 52.054.741 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2018-01-10 **Fecha Terminación incial:** 2018-06-09 **Valor Mensual:** $ 2.995.200 **Valor a cobrar:** $ 2.995.200

ADICIÓN/ OTROSI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
0				
0				
0				
0				
1	$ 3.182.400	2097	10/06/2018	09/07/2018
2	$ 3.088.800	2354	10/07/2018	09/08/2018
0				
0				
0				
0				
0				
0				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	ENERO	$ 2.059.200	$ 372.900	847499987
2	FEBRERO	$ 2.620.800	$ 328.900	8476489357
3	MARZO	$ 2.995.200	$ 389.800	8477572934
4	ABRIL	$ 2.808.000	$ 375.500	8478596900
5	MAYO	$ 2.808.000	$ 353.600	8479891695
6	JUNIO	$ 2.808.000	$ 351.900	8480773664
7	JULIO	$ 2.995.200	$ 375.100	0
0				
0				
0				
0				
0				
13	ENERO 1-9	$ 0	$ 0	0

Resumen de contrato	VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
	$ 14.133.600	$ 20.404.800	$ 19.094.400	$ 1.310.400

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES DE MANERA PERSONAL Y AUTONOMA, EN SU CONDICIÓN DE TERAPEUTA RESPIRATORIA PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES Y DEMÁS ASIGNADAS, EN LOS DIFERENTES SERVICIOS Y EN LAS UNIDADES QUE SE REQUIERA, CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2018-07-01 **Hasta:** 2018-07-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	Realizar las actividades diagnósticas y terapéuticas para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de cada paciente.	Realizo las actividades diagnósticas y terapéuticas para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de cada paciente.
2	Realizar el manejo integral a los pacientes hospitalizados, ambulatorios y urgencias, sala ERA interconsultados.	Realizo el manejo integral a los pacientes hospitalizados, ambulatorios y urgencias, sala ERA interconsultados.
3	Realizar tratamiento y seguimiento a los pacientes valorados.	Realizo tratamiento y seguimiento a los pacientes valorados.
4	Dar pautas de manejo y educación a las madres y/o familiares de los pacientes valorados.	Doy pautas de manejo y educación a las madres y/o familiares de los pacientes valorados.
5	Velar por el uso racional de los elementos de Terapia Respiratoria.	Velo por el uso racional de los elementos de Terapia Respiratoria.
6	Realizar los seguimientos telefónicos a pacientes menores de 5 años con dx ERA atendidos en urgencias, hospitalización, consulta externa.	Realizo los seguimientos telefónicos a pacientes menores de 5 años con dx ERA atendidos en urgencias, hospitalización, consulta externa.
7	Control de oximetría en pacientes del progama de crónicos de oxigeno domiciliario del hospital.	Control de oximetría en pacientes del progama de crónicos de oxigeno domiciliario del hospital.
8	Elaborar la estadisticas diarias de las actividades que se realizan y el consolidado mensual para ser entregado en forma oportuna.	Elaboro las estadisticas diarias de las actividades que se realizan y el consolidado mensual para ser entregado en forma oportuna.
9	Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clinica	Cumplo con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clinica
10	Participar en las actividadesde revista, caso clinico con el fin de evaluar y en caso de ser necesario ajustar el plan individual de habilitación/rehabilitación del usuario ambulatorio u hospitalizado.	Participo en las actividadesde revista, caso clinico con el fin de evaluar y en caso de ser necesario ajustar el plan individual de habilitación/rehabilitación del usuario ambulatorio u hospitalizado.
11	Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad	Reporto los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.
12	Notificar 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.	Notifico 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.
13	Velar por el seguimiento de las normas de bioseguridad, salud ocupacional y gestión ambiental.	Velo por el seguimiento de las normas de bioseguridad, salud ocupacional y gestión ambiental.
14	Direccionar y/o asignar plan casero o actividades para realizar en casa a los pacientes que lo requieran y que han sido atendidos.	Direcciono y/o asigno plan casero o actividades para realizar en casa a los pacientes que lo requieran y que han sido atendidos.
15	Realizar manejo de equipos de cuidado intensivo como Cánulas de alto flujo, Ventilación de alta frecuencia, Oxido nitrico, Oxiheliox y Fibrobroncoscopia. 15. Velar porque la atención sea humana, eficaz, cálida con todos y cada uno de los usuarios que requieran el servicio. 16. Desarrollar las actividades para el fortalecimiento de los centros de tención primarios (CAPS) en el marco del	Realizo manejo de equipos de cuidado intensivo como Cánulas de alto flujo, Ventilación de alta frecuencia, Oxido nitrico, Oxiheliox y Fibrobroncoscopia. 15. Velo porque la atención sea humana, eficaz, cálida con todos y cada uno de los usuarios que requieran el servicio. 16. Desarrollo las actividades para el fortalecimiento de los centros de tención primarios (CAPS) en el marco del convenio 1219 de 2017.
16	Portar el carnet institucional de la SUBRED durante la ejecución de las actividades contractuales.18 Cumplir con todas las medidas de asepsia y antisepsia para el manejo de los dispositivos médicos y comportamiento dentro de las diferentes aras del servicio.	17.Porto el carnet institucional de la SUBRED durante la ejecución de las actividades contractuales. 18. Cumplo con todas las medidas de asepsia y antisepsia para el manejo de los dispositivos médicos y comportamiento dentro de las diferentes aras del servicio.

OBSERVACIONES:
HORAS 192.

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

CLAUDIA PATRICIA LATORRE LEAL
Firma del Contratista

C.C. 52.054.741 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	MARIA ESNEDA ROCHA GAONA
CARGO:	LIDER APOYO TERAPEUTICO
FIRMA	

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52054741		LATORRE LEAL CLAUDIA DEL ROCIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 29 N. 4 A - 59	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-07	2018-07	77508641	8481816314	I	2018/07/11	2018/07/23	BANCO DE OCCIDENTE	12	5399,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$192,000	$1,800	$0	$193,800
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$192,000	$1,800	$0	$193,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$29,300	$300	$0	$29,600
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$29,300	$300	$0	$29,600
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$24,000	$300	$0	$24,300
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$24,000	$300	$0	$24,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$150,000	$1,400	$0	$151,400
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$150,000	$1,400	$0	$151,400
TOTAL				**1**	**$395,300**	**$3,800**	**$0**	**$399,100**

PAGADO

$375.100

192 HORAS

$2995.200

2018/07/23 10:07 AM

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: 01

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: PS 0084 2018 **C.D.P. No.:** 6

Proceso al que pertenece: GESTION HOSPITALARIA

Unidad a la que pertenece: UNIDAD SANTA CLARA

Nombre del Contratista: CLAUDIA DEL ROCIO LATORRE LEAL **C.C.** 52.054.741 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2018-01-10 **Fecha Terminación incial:** 2018-06-09 **Valor Mensual:** $ 2.808.000 **Valor a cobrar:** $ 2.808.000

ADICIÓN/ OTROSI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
0				
0				
0				
0				
1	$ 3.182.400	2097	10/06/2018	09/07/2018
2	$ 3.088.800	2354	10/07/2018	09/08/2018
0				
3	$ 2.620.800	2668	2018-08-10	2018-09-09
0				
0				
0				
0				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	ENERO	$ 2.059.200	$ 372.900	847499987
2	FEBRERO	$ 2.620.800	$ 328.900	8476489357
3	MARZO	$ 2.995.200	$ 389.800	8477572934
4	ABRIL	$ 2.808.000	$ 375.500	8478596900
5	MAYO	$ 2.808.000	$ 353.600	8479891695
6	JUNIO	$ 2.808.000	$ 351.900	8480773664
7	JULIO	$ 2.995.200	$ 375.100	0
8	AGOSTO	$ 2.808.000	$ 2.808.000	8482962368
0				
0				
0				
0				
13	ENERO 1-9	$ 0	$ 0	0

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 14.133.600	$ 23.025.600	$ 21.902.400	$ 1.123.200

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES DE MANERA PERSONAL Y AUTONOMA, EN SU CONDICIÓN DE TERAPEUTA RESPIRATORIA PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES Y DEMÁS ASIGNADAS, EN LOS DIFERENTES SERVICIOS Y EN LAS UNIDADES QUE SE REQUIERA, CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2018-08-01 **Hasta:** 2018-08-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	Realizar las actividades diagnósticas y terapéuticas para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de cada paciente.	Realizo las actividades diagnósticas y terapéuticas para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de cada paciente.
2	Realizar el manejo integral a los pacientes hospitalizados, ambulatorios y urgencias, sala ERA interconsultados	Realizo el manejo integral a los pacientes hospitalizados, ambulatorios y urgencias, sala ERA interconsultados.
3	Realizar tratamiento y seguimiento a los pacientes valorados.	Realizo tratamiento y seguimiento a los pacientes valorados.
4	Dar pautas de manejo y educación a las madres y/o familiares de los pacientes valorados.	Doy pautas de manejo y educación a las madres y/o familiares de los pacientes valorados.
5	Velar por el uso racional de los elementos de Terapia Respiratoria.	Velo por el uso racional de los elementos de Terapia Respiratoria.
6	Realizar los seguimientos telefónicos a pacientes menores de 5 años con dx ERA atendidos en urgencias, hospitalización, consulta externa.	Realizo los seguimientos telefónicos a pacientes menores de 5 años con dx ERA atendidos en urgencias, hospitalización, consulta externa.
7	Control de oximetria en pacientes del progama de crónicos de oxigeno domiciliario del hospital.	Control de oximetria en pacientes del progama de crónicos de oxigeno domiciliario del hospital.
8	Elaborar la estadisticas diarias de las actividades que se realizan y el consolidado mensual para ser entregado en forma oportuna.	Elaboro las estadisticas diarias de las actividades que se realizan y el consolidado mensual para ser entregado en forma oportuna.
9	Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clinica	Cumplo con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clinica
10	Participar en las actividadesde revista, caso clinico con el fin de evaluar y en caso de ser necesario ajustar el plan individual de habilitación/rehabilitación del usuario ambulatorio u hospitalizado.	Participo en las actividadesde revista, caso clinico con el fin de evaluar y en caso de ser necesario ajustar el plan individual de habilitación/rehabilitación del usuario ambulatorio u hospitalizado.
11	Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad	Reporto los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.
12	Notificar 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.	Notifico 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.
13	Velar por el seguimiento de las normas de bioseguridad, salud ocupacional y gestión ambiental.	Velo por el seguimiento de las normas de bioseguridad, salud ocupacional y gestión ambiental.
14	Direccionar y/o asignar plan casero o actividades para realizar en casa a los pacientes que lo requieran y que han sido atendidos.	Direcciono y/o asigno plan casero o actividades para realizar en casa a los pacientes que lo requieran y que han sido atendidos.
15	Realizar manejo de equipos de cuidado intensivo como Cánulas de alto flujo, Ventilación de alta frecuencia, Oxido nitrico, Oxiheliox y Fibrobroncoscopia. 15. Velar porque la atención sea humana, eficaz, cálida con todos y cada uno de los usuarios que requieran el servicio. 16. Desarrollar las actividades para el fortalecimiento de los centros de tención primarios (CAPS) en el marco del	Realizo manejo de equipos de cuidado intensivo como Cánulas de alto flujo, Ventilación de alta frecuencia, Oxido nitrico, Oxiheliox y Fibrobroncoscopia. 15. Velo porque la atención sea humana, eficaz, cálida con todos y cada uno de los usuarios que requieran el servicio. 16. Desarrollo las actividades para el fortalecimiento de los centros de tención primarios (CAPS) en el marco del convenio 1219 de 2017.
16	Portar el carnet institucional de la SUBRED durante la ejecución de las actividades contractuales.18 Cumplir con todas las medidas de asepsia y antisepsia para el manejo de los dispositivos médicos y comportamiento dentro de las diferentes areas del servicio.	17.Porto el carnet institucional de la SUBRED durante la ejecución de las actividades contractuales. 18. Cumplo con todas las medidas de asepsia y antisepsia para el manejo de los dispositivos médicos y comportamiento dentro de las diferentes areas del servicio.

OBSERVACIONES:
HORAS 180

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

CLAUDIA LATORRE

Firma del Contratista

C.C. 52.054.741 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS

NOMBRE:	MARIA ESNEDA ROCHA GAONA
CARGO:	LIDER APOYO TERAPEUTICO
FIRMA	

en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52054741		LATORRE LEAL CLAUDIA DEL ROCIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 29 N. 4 A - 59	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-08	2018-08	82962368	8482962368	I	2018/08/10	2018/08/24	BANCO AV VILLAS	14	$374,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$180,000	$2,000	$0	$182,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$180,000	$2,000	$0	$182,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$27,500	$300	$0	$27,800
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$27,500	$300	$0	$27,800
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$22,500	$300	$0	$22,800
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$22,500	$300	$0	$22,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$140,700	$1,600	$0	$142,300
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$140,700	$1,600	$0	$142,300
TOTAL				1	$370,700	$4,200	$0	$374,900

PAGADO

180 HORAS
$2808.000

2018/08/24 03:34 PM

A LA ARL BOLÍVAR

Por favor ingrese la información solicitada.

** Campos obligatorios*

Tipo de Documento *

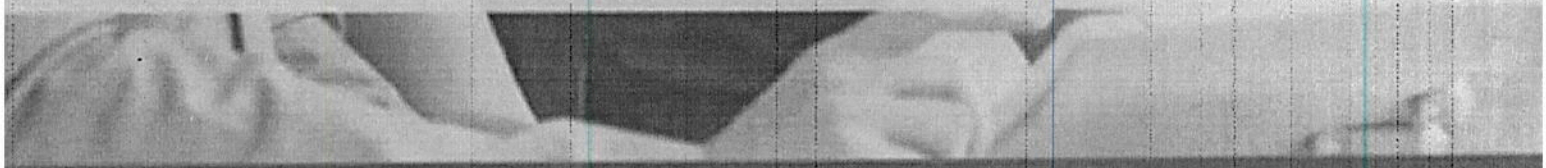
Número de Documento *

La persona identificada con CC-52054741 tiene afiliación vigente con la ARL Seguros Bolivar

magdb

Confirmar imagen *

CONSULTAR



© 2016 - Seguros Bolivar Todos los derechos reservados 2016

CLAUDIA LATORRE

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: 01

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 0084 2018	**C.D.P. No.:**	6	**Proceso al que pertenece:**	GESTION HOSPITALARIA
				Unidad a la que pertenece:	UNIDAD SANTA CLARA

Nombre del Contratista: CLAUDIA DEL ROCIO LATORRE LEAL **C.C.** 52.054.741 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2018-01-10 **Fecha Terminación incial:** 2018-06-09 **Valor Mensual:** $ 2.808.000 **Valor a cobrar:** $ 2.808.000

ADICIÓN/ OTROSI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
0				
0				
0				
0				
1	$ 3.182.400	2097	10/06/2018	09/07/2018
2	$ 3.088.800	2354	10/07/2018	09/08/2018
0				
3	$ 2.620.800	2668	2018-08-10	2018-09-09
4	$ 2.964.000	2950	10/09/2018	09/10/2018
0				
0				
0				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	ENERO	$ 2.059.200	$ 372.900	847499987
2	FEBRERO	$ 2.620.800	$ 328.900	8476489357
3	MARZO	$ 2.995.200	$ 389.800	8477572934
4	ABRIL	$ 2.808.000	$ 375.500	8478596900
5	MAYO	$ 2.808.000	$ 353.600	8479891695
6	JUNIO	$ 2.808.000	$ 351.900	8480773664
7	JULIO	$ 2.995.200	$ 375.100	0
8	AGOSTO	$ 2.808.000	$ 2.808.000	8482962368
9	SEPTIEMBRE	$ 2.808.000	$ 352.400	8482962368
0				
0				
0				
13				
14	ENERO 1-9	$ 0	$ 0	0

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 14.133.600	$ 25.989.600	$ 24.710.400	$ 1.279.200

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES DE MANERA PERSONAL Y AUTONOMA, EN SU CONDICIÓN DE TERAPEUTA RESPIRATORIA PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES Y DEMÁS ASIGNADAS, EN LOS DIFERENTES SERVICIOS Y EN LAS UNIDADES QUE SE REQUIERA, CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E S E

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2018-09-01 **Hasta:** 2018-09-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	Realizar las actividades diagnósticas y terapéuticas para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de cada paciente.	Realizo las actividades diagnósticas y terapéuticas para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de cada paciente.
2	Realizar el manejo integral a los pacientes hospitalizados, ambulatorios y urgencias, sala ERA interconsultados.	Realizo el manejo integral a los pacientes hospitalizados, ambulatorios y urgencias, sala ERA interconsultados.
3	Realizar tratamiento y seguimiento a los pacientes valorados.	Realizo tratamiento y seguimiento a los pacientes valorados.
4	Dar pautas de manejo y educación a las madres y/o familiares de los pacientes valorados.	Doy pautas de manejo y educación a las madres y/o familiares de los pacientes valorados.
5	Velar por el uso racional de los elementos de Terapia Respiratoria.	Velo por el uso racional de los elementos de Terapia Respiratoria.
6	Realizar los seguimientos telefónicos a pacientes menores de 5 años con dx ERA atendidos en urgencias, hospitalización, consulta externa	Realizo los seguimientos telefónicos a pacientes menores de 5 años con dx ERA atendidos en urgencias, hospitalización, consulta externa.
7	Control de oximetría en pacientes del progama de crónicos de oxigeno domiciliario del hospital.	Control de oximetría en pacientes del progama de crónicos de oxigeno domiciliario del hospital.
8	Elaborar la estadísticas diarias de las actividades que se realizan y el consolidado mensual para ser entregado en forma oportuna	Elaboro las estadísticas diarias de las actividades que se realizan y el consolidado mensual para ser entregado en forma oportuna.
9	Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clinica	Cumplo con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clinica
10	Participar en las actividadesde revista, caso clinico con el fin de evaluar y en caso de ser necesario ajustar el plan individual de habilitación/rehabilitación del usuario ambulatorio u hospitalizado.	Participo en las actividadesde revista, caso clinico con el fin de evaluar y en caso de ser necesario ajustar el plan individual de habilitación/rehabilitación del usuario ambulatorio u hospitalizado.
11	Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad	Reporto los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.
12	Notificar 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	Notifico 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.
13	Velar por el seguimiento de las normas de bioseguridad, salud ocupacional y gestión ambiental.	Velo por el seguimiento de las normas de bioseguridad, salud ocupacional y gestión ambiental.
14	Direccionar y/o asignar plan casero o actividades para realizar en casa a los pacientes que lo requieran y que han sido atendidos.	Direcciono y/o asigno plan casero o actividades para realizar en casa a los pacientes que lo requieran y que han sido atendidos.
15	Realizar manejo de equipos de cuidado intensivo como Cánulas de alto flujo, Ventilación de alta frecuencia, Oxido nitrico, Oxiheliox y Fibrobroncoscopia. 15. Velar porque la atención sea humana, eficaz, cálida con todos y cada uno de los usuarios que requieran el servicio. 16. Desarrollar las actividades para el fortalecimiento de los centros de tención primarios (CAPS) en el marco del	Realizo manejo de equipos de cuidado intensivo como Cánulas de alto flujo, Ventilación de alta frecuencia, Oxido nitrico, Oxiheliox y Fibrobroncoscopia. 15. Velo porque la atención sea humana, eficaz, cálida con todos y cada uno de los usuarios que requieran el servicio. 16. Desarrollo las actividades para el fortalecimiento de los centros de tención primarios (CAPS) en el marco del convenio 1219 de 2017.
16	Portar el carnet institucional de la SUBRED durante la ejecución de las actividades contractuales.18 Cumplir con todas las medidas de asepsia y antisepsia para el manejo de los dispositivos médicos y comportamiento dentro de las diferentes areas del servicio	17.Porto el carnet institucional de la SUBRED durante la ejecución de las actividades contractuales. 18. Cumplo con todas las medidas de asepsia y antisepsia para el manejo de los dispositivos médicos y comportamiento dentro de las diferentes areas del servicio.

OBSERVACIONES:
HORAS 180

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

CLAUDIA LATORRE
Firma del Contratista

C.C. 52.054.741 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	MARIA ESNEDA ROCHA GAONA
CARGO:	LIDER APOYO TERAPEUTICO
FIRMA	

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52054741		LATORRE LEAL CLAUDIA DEL ROCIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 29 N. 4 A - 59	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-08	2018-08	82962368	8482962368	I	2018/08/10	2018/08/24	BANCO AV VILLAS	14	$374,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$180,000	$2,000	$0	$182,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$180,000	$2,000	$0	$182,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$27,500	$300	$0	$27,800
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$27,500	$300	$0	$27,800
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$22,500	$300	$0	$22,800
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$22,500	$300	$0	$22,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$140,700	$1,600	$0	$142,300
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$140,700	$1,600	$0	$142,300
TOTAL				**1**	**$370,700**	**$4,200**	**$0**	**$374,900**

PAGADO

$ 352 400

140 HORAS
$ 2.808.000

2018/08/24 03:34 PM

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: 01

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 0084 2018	**C.D.P. No.:**	6	**Proceso al que pertenece:**	GESTION HOSPITALARIA
				Unidad a la que pertenece:	UNIDAD SANTA CLARA

Nombre del Contratista: CLAUDIA DEL ROCIO LATORRE LEAL **C.C.** 52.054.741 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2018-01-10 **Fecha Terminación incial:** 2018-06-09 **Valor Mensual:** $ 2.995.200 **Valor a cobrar:** $ 2.995.200

ADICIÓN/ OTROSI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
0				
0				
0				
0				
1	$ 3.182.400	2097	10/06/2018	09/07/2018
2	$ 3.088.800	2354	10/07/2018	09/08/2018
0				
3	$ 2.620.800	2668	2018-08-10	2018-09-09
4	$ 2.964.000	2950	10/09/2018	09/10/2018
5	$ 2.854.800	3519	2018-10-27	2018-12-15
0				
0				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	ENERO	$ 2.059.200	$ 372.900	847499987
2	FEBRERO	$ 2.620.800	$ 328.900	8476489357
3	MARZO	$ 2.995.200	$ 389.800	8477572934
4	ABRIL	$ 2.808.000	$ 375.500	8478596900
5	MAYO	$ 2.808.000	$ 353.600	8479891695
6	JUNIO	$ 2.808.000	$ 351.900	8480773664
7	JULIO	$ 2.995.200	$ 375.100	0
8	AGOSTO	$ 2.808.000	$ 2.808.000	8482962368
9	SEPTIEMBRE	$ 2.808.000	$ 352.400	8482962368
10	OCTUBRE	$ 2.995.200	$ 348.200	8485147433
0				
0				
13				
14	ENERO 1-9	$ 0	$ 0	0

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 14.133.600	$ 28.844.400	$ 27.705.600	$ 1.138.800

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES DE MANERA PERSONAL Y AUTONOMA, EN SU CONDICIÓN DE TERAPEUTA RESPIRATORIA PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES Y DEMÁS ASIGNADAS, EN LOS DIFERENTES SERVICIOS Y EN LAS UNIDADES QUE SE REQUIERA, CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2018-10-01 **Hasta:** 2018-10-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	Realizar las actividades diagnósticas y terapéuticas para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de cada paciente.	Realizo las actividades diagnósticas y terapéuticas para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de cada paciente.
2	Realizar el manejo integral a los pacientes hospitalizados, ambulatorios y urgencias, sala ERA interconsultados.	Realizo el manejo integral a los pacientes hospitalizados, ambulatorios y urgencias, sala ERA interconsultados.
3	Realizar tratamiento y seguimiento a los pacientes valorados.	Realizo tratamiento y seguimiento a los pacientes valorados.
4	Dar pautas de manejo y educación a las madres y/o familiares de los pacientes valorados.	Doy pautas de manejo y educación a las madres y/o familiares de los pacientes valorados.
5	Velar por el uso racional de los elementos de Terapia Respiratoria.	Velo por el uso racional de los elementos de Terapia Respiratoria.
6	Realizar los seguimientos telefónicos a pacientes menores de 5 años con dx ERA atendidos en urgencias, hospitalización, consulta externa.	Realizo los seguimientos telefónicos a pacientes menores de 5 años con dx ERA atendidos en urgencias, hospitalización, consulta externa.
7	Control de oximetría en pacientes del progama de crónicos de oxigeno domiciliario del hospital.	Control de oximetría en pacientes del progama de crónicos de oxigeno domiciliario del hospital.
8	Elaborar la estadisticas diarias de las actividades que se realizan y el consolidado mensual para ser entregado en forma oportuna.	Elaboro las estadisticas diarias de las actividades que se realizan y el consolidado mensual para ser entregado en forma oportuna.
9	Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clinica	Cumplo con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clinica
10	Participar en las actividadesde revista, caso clinico con el fin de evaluar y en caso de ser necesario ajustar el plan individual de habilitación/rehabilitación del usuario ambulatorio u hospitalizado.	Participo en las actividadesde revista, caso clinico con el fin de evaluar y en caso de ser necesario ajustar el plan individual de habilitación/rehabilitación del usuario ambulatorio u hospitalizado.
11	Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad	Reporto los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.
12	Notificar 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.	Notifico 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.
13	Velar por el seguimiento de las normas de bioseguridad, salud ocupacional y gestión ambiental.	Velo por el seguimiento de las normas de bioseguridad, salud ocupacional y gestión ambiental.
14	Direccionar y/o asignar plan casero o actividades para realizar en casa a los pacientes que lo requieran y que han sido atendidos.	Direcciono y/o asigno plan casero o actividades para realizar en casa a los pacientes que lo requieran y que han sido atendidos.
15	Realizar manejo de equipos de cuidado intensivo como Cánulas de alto flujo, Ventilación de alta frecuencia, Oxido nitrico, Oxiheliox y Fibrobroncoscopia. 15. Velar porque la atención sea humana, eficaz, cálida con todos y cada uno de los usuarios que requieran el servicio. 16. Desarrollar las actividades para el fortalecimiento de los centros de tención primarios (CAPS) en el marco del	Realizo manejo de equipos de cuidado intensivo como Cánulas de alto flujo, Ventilación de alta frecuencia, Oxido nitrico, Oxiheliox y Fibrobroncoscopia. 15. Velo porque la atención sea humana, eficaz, cálida con todos y cada uno de los usuarios que requieran el servicio. 16. Desarrollo las actividades para el fortalecimiento de los centros de tención primarios (CAPS) en el marco del convenio 1219 de 2017.
16	Portar el carnet institucional de la SUBRED durante la ejecución de las actividades contractuales.18 Cumplir con todas las medidas de asepsia y antisepsia para el manejo de los dispositivos médicos y comportamiento dentro de las diferentes areas del servicio.	17.Porto el carnet institucional de la SUBRED durante la ejecución de las actividades contractuales. 18. Cumplo con todas las medidas de asepsia y antisepsia para el manejo de los dispositivos médicos y comportamiento dentro de las diferentes areas del servicio.

OBSERVACIONES:
HORAS 192

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

CLAUDIA LATORRE L.
Firma del Contratista

C.C. 52.054.741 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	MARIA ESNEDA ROCHA GAONA
CARGO:	LIDER APOYO TERAPEUTICO
FIRMA	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Telétono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52054741		LATORRE LEAL CLAUDIA DEL ROCIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 29 N. 4 A - 59	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-09	2018-09	85147433	8485147433	I	2018/10/09	2018/10/23	BANCO AV VILLAS	14	$374,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$180,000	$1,900	$0	$181,900
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$180,000	$1,900	$0	$181,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$27,500	$300	$0	$27,800
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$27,500	$300	$0	$27,800
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$22,500	$300	$0	$22,800
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$22,500	$300	$0	$22,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$140,700	$1,500	$0	$142,200
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$140,700	$1,500	$0	$142,200
TOTAL				**1**	**$370,700**	**$4,000**	**$0**	**$374,700**

PAGADO

$348.200

Horas 192 HORAS

$2995.200

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: 01

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 0084 2018	**C.D.P. No.:**	6	**Proceso al que pertenece:**	GESTION HOSPITALARIA
				Unidad a la que pertenece:	UNIDAD SANTA CLARA

Nombre del Contratista: CLAUDIA DEL ROCIO LATORRE LEAL **C.C.** 52.054.741 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2018-01-10 **Fecha Terminación incial:** 2018-06-09 **Valor Mensual:** $ 2.808.000 **Valor a cobrar:** $ 2.808.000

ADICIÓN/ OTROSI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
0				
0				
0				
0				
1	$ 3.182.400	2097	10/06/2018	09/07/2018
2	$ 3.088.800	2354	10/07/2018	09/08/2018
0				
3	$ 2.620.800	2668	2018-08-10	2018-09-09
4	$ 2.964.000	2950	10/09/2018	09/10/2018
5	$ 2.854.800	3519	2018-10-10	2018-11-09
6	$ 2.792.400	3778	2018-11-10	2018-12-15
0				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	ENERO	$ 2.059.200	$ 372.900	847499987
2	FEBRERO	$ 2.620.800	$ 328.900	8476489357
3	MARZO	$ 2.995.200	$ 389.800	8477572934
4	ABRIL	$ 2.808.000	$ 375.500	8478596900
5	MAYO	$ 2.808.000	$ 353.600	8479891695
6	JUNIO	$ 2.808.000	$ 351.900	8480773664
7	JULIO	$ 2.995.200	$ 375.100	0
8	AGOSTO	$ 2.808.000	$ 2.808.000	8482962368
9	SEPTIEMBRE	$ 2.808.000	$ 352.400	8482962368
10	OCTUBRE	$ 2.995.200	$ 348.200	8485147433
11	NOVIEMBRE	$ 2.808.000	$ 375.300	8486187787
0				
13				
14	ENERO 1-9	$ 0	$ 0	0

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 14.133.600	$ 31.636.800	$ 30.513.600	$ 1.123.200

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES DE MANERA PERSONAL Y AUTONOMA, EN SU CONDICIÓN DE TERAPEUTA RESPIRATORIA PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES Y DEMÁS ASIGNADAS, EN LOS DIFERENTES SERVICIOS Y EN LAS UNIDADES QUE SE REQUIERA, CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2018-11-01 **Hasta:** 2018-11-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	Realizar las actividades diagnósticas y terapéuticas para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de cada paciente.	Realizo las actividades diagnósticas y terapéuticas para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de cada paciente.
2	Realizar el manejo integral a los pacientes hospitalizados, ambulatorios y urgencias, sala ERA interconsultados.	Realizo el manejo integral a los pacientes hospitalizados, ambulatorios y urgencias, sala ERA interconsultados.
3	Realizar tratamiento y seguimiento a los pacientes valorados.	Realizo tratamiento y seguimiento a los pacientes valorados.
4	Dar pautas de manejo y educación a las madres y/o familiares de los pacientes valorados.	Doy pautas de manejo y educación a las madres y/o familiares de los pacientes valorados.
5	Velar por el uso racional de los elementos de Terapia Respiratoria.	Velo por el uso racional de los elementos de Terapia Respiratoria.
6	Realizar los seguimientos telefónicos a pacientes menores de 5 años con dx ERA atendidos en urgencias, hospitalización, consulta externa.	Realizo los seguimientos telefónicos a pacientes menores de 5 años con dx ERA atendidos en urgencias, hospitalización, consulta externa.
7	Control de oximetria en pacientes del progama de crónicos de oxigeno domiciliario del hospital.	Control de oximetría en pacientes del progama de crónicos de oxigeno domiciliario del hospital.
8	Elaborar la estadisticas diarias de las actividades que se realizan y el consolidado mensual para ser entregado en forma oportuna.	Elaboro las estadisticas diarias de las actividades que se realizan y el consolidado mensual para ser entregado en forma oportuna.
9	Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clinica	Cumplo con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clinica
10	Participar en las actividadesde revista, caso clinico con el fin de evaluar y en caso de ser necesario ajustar el plan individual de habilitación/rehabilitación del usuario ambulatorio u hospitalizado.	Participo en las actividadesde revista, caso clinico con el fin de evaluar y en caso de ser necesario ajustar el plan individual de habilitación/rehabilitación del usuario ambulatorio u hospitalizado.
11	Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad	Reporto los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.
12	Notificar 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.	Notifico 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.
13	Velar por el seguimiento de las normas de bioseguridad, salud ocupacional y gestión ambiental.	Velo por el seguimiento de las normas de bioseguridad, salud ocupacional y gestión ambiental.
14	Direccionar y/o asignar plan casero o actividades para realizar en casa a los pacientes que lo requieran y que han sido atendidos.	Direcciono y/o asigno plan casero o actividades para realizar en casa a los pacientes que lo requieran y que han sido atendidos.
15	Realizar manejo de equipos de cuidado intensivo como Cánulas de alto flujo, Ventilación de alta frecuencia, Oxido nitrico, Oxiheliox y Fibrobroncoscopia. 15. Velar porque la atención sea humana, eficaz, cálida con todos y cada uno de los usuarios que requieran el servicio. 16. Desarrollar las actividades para el fortalecimiento de los centros de tención primarios (CAPS) en el marco del	Realizo manejo de equipos de cuidado intensivo como Cánulas de alto flujo, Ventilación de alta frecuencia, Oxido nitrico, Oxiheliox y Fibrobroncoscopia. 15. Velo porque la atención sea humana, eficaz, cálida con todos y cada uno de los usuarios que requieran el servicio. 16. Desarrollo las actividades para el fortalecimiento de los centros de tención primarios (CAPS) en el marco del convenio 1219 de 2017.
16	Portar el carnet institucional de la SUBRED durante la ejecución de las actividades contractuales.18 Cumplir con todas las medidas de asepsia y antisepsia para el manejo de los dispositivos médicos y comportamiento dentro de las diferentes areas del servicio.	17.Porto el carnet institucional de la SUBRED durante la ejecución de las actividades contractuales. 18. Cumplo con todas las medidas de asepsia y antisepsia para el manejo de los dispositivos médicos y comportamiento dentro de las diferentes areas del servicio.

OBSERVACIONES:
HORAS 180.

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. 52.054.741 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	MARIA ESNEDA ROCHA GAONA
CARGO:	LIDER APOYO TERAPEUTICO
FIRMA	

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52054741		LATORRE LEAL CLAUDIA DEL ROCIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 29 # 4 A - 59	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-10	2018-10	86187787	8486187787	I	2018/11/13	2018/11/26	BANCO AV VILLAS	13	$399,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$192,000	$1,900	$0	$193,900
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$192,000	$1,900	$0	$193,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$29,300	$300	$0	$29,600
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$29,300	$300	$0	$29,600
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$24,000	$300	$0	$24,300
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$24,000	$300	$0	$24,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$150,000	$1,500	$0	$151,500
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$150,000	$1,500	$0	$151,500
TOTAL				1	$395,300	$4,000	$0	$399,300

PAGADO

$375.300

HORAS 180
$2.808000

2018/11/26 11:53 AM

2

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: 01

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: PS 0084 2018 **C.D.P. No.:** 6

Proceso al que pertenece: GESTION HOSPITALARIA

Unidad a la que pertenece: UNIDAD SANTA CLARA

Nombre del Contratista: CLAUDIA DEL ROCIO LATORRE LEAL **C.C.** 52.054.741 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2018-01-10 **Fecha Terminación incial:** 2018-06-09 **Valor Mensual:** $ 4.024.800 **Valor a cobrar:** $ 4.024.800

ADICIÓN/ OTROSI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
0				
0				
0				
0				
1	$ 3.182.400	2097	10/06/2018	09/07/2018
2	$ 3.088.800	2354	10/07/2018	09/08/2018
0				
3	$ 2.620.800	2668	2018-08-10	2018-09-09
4	$ 2.964.000	2950	10/09/2018	09/10/2018
5	$ 2.854.800	3519	2018-10-10	2018-11-09
6	$ 2.792.400	3778	2018-11-10	2018-12-15
7	$ 5.522.400	4019	16/12/2018	15/01/2019

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	ENERO	$ 2.059.200	$ 372.900	847499987
2	FEBRERO	$ 2.620.800	$ 328.900	8476489357
3	MARZO	$ 2.995.200	$ 389.800	8477572934
4	ABRIL	$ 2.808.000	$ 375.500	8478596900
5	MAYO	$ 2.808.000	$ 353.600	8479891695
6	JUNIO	$ 2.808.000	$ 351.900	8480773664
7	JULIO	$ 2.995.200	$ 375.100	0
8	AGOSTO	$ 2.808.000	$ 2.808.000	8482962368
9	SEPTIEMBRE	$ 2.808.000	$ 352.400	8482962368
10	OCTUBRE	$ 2.995.200	$ 348.200	8485147433
11	NOVIEMBRE	$ 2.808.000	$ 375.300	8486187787
12	DICIEMBRE	$ 4.024.800	$ 350.000	8486966297
13				
14	ENERO 1-9	$ 0	$ 0	0

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 14.133.600	$ 37.159.200	$ 34.538.400	$ 2.620.800

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES DE MANERA PERSONAL Y AUTONOMA, EN SU CONDICIÓN DE TERAPEUTA RESPIRATORIA PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES Y DEMÁS ASIGNADAS, EN LOS DIFERENTES SERVICIOS Y EN LAS UNIDADES QUE SE REQUIERA, CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2018-12-01 **Hasta:** 2018-12-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	Realizar las actividades diagnósticas y terapéuticas para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de cada paciente.	Realizo las actividades diagnósticas y terapéuticas para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de cada paciente.
2	Realizar el manejo integral a los pacientes hospitalizados, ambulatorios y urgencias, sala ERA interconsultados.	Realizo el manejo integral a los pacientes hospitalizados, ambulatorios y urgencias, sala ERA interconsultados.
3	Realizar tratamiento y seguimiento a los pacientes valorados.	Realizo tratamiento y seguimiento a los pacientes valorados.
4	Dar pautas de manejo y educación a las madres y/o familiares de los pacientes valorados.	Doy pautas de manejo y educación a las madres y/o familiares de los pacientes valorados.
5	Velar por el uso racional de los elementos de Terapia Respiratoria.	Velo por el uso racional de los elementos de Terapia Respiratoria.
6	Realizar los seguimientos telefónicos a pacientes menores de 5 años con dx ERA atendidos en urgencias, hospitalización, consulta externa.	Realizo los seguimientos telefónicos a pacientes menores de 5 años con dx ERA atendidos en urgencias, hospitalización, consulta externa.
7	Control de oximetría en pacientes del progama de crónicos de oxigeno domiciliario del hospital.	Control de oximetría en pacientes del progama de crónicos de oxigeno domiciliario del hospital.
8	Elaborar la estadisticas diarias de las actividades que se realizan y el consolidado mensual para ser entregado en forma oportuna.	Elaboro las estadisticas diarias de las actividades que se realizan y el consolidado mensual para ser entregado en forma oportuna.
9	Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clinica	Cumplo con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clinica
10	Participar en las actividadesde revista, caso clinico con el fin de evaluar y en caso de ser necesario ajustar el plan individual de habilitación/rehabilitación del usuario ambulatorio u hospitalizado.	Participo en las actividadesde revista, caso clinico con el fin de evaluar y en caso de ser necesario ajustar el plan individual de habilitación/rehabilitación del usuario ambulatorio u hospitalizado.
11	Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad	Reporto los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.
12	Notificar 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.	Notifico 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.
13	Velar por el seguimiento de las normas de bioseguridad, salud ocupacional y gestión ambiental.	Velo por el seguimiento de las normas de bioseguridad, salud ocupacional y gestión ambiental.
14	Direccionar y/o asignar plan casero o actividades para realizar en casa a los pacientes que lo requieran y que han sido atendidos.	Direcciono y/o asigno plan casero o actividades para realizar en casa a los pacientes que lo requieran y que han sido atendidos.
15	Realizar manejo de equipos de cuidado intensivo como Cánulas de alto flujo, Ventilación de alta frecuencia, Oxido nitrico, Oxiheliox y Fibrobroncoscopia. 15. Velar porque la atención sea humana, eficaz, cálida con todos y cada uno de los usuarios que requieran el servicio. 16. Desarrollar las actividades para el fortalecimiento de los centros de tención primarios (CAPS) en el marco del	Realizo manejo de equipos de cuidado intensivo como Cánulas de alto flujo, Ventilación de alta frecuencia, Oxido nitrico, Oxiheliox y Fibrobroncoscopia. 15. Velo porque la atención sea humana, eficaz, cálida con todos y cada uno de los usuarios que requieran el servicio. 16. Desarrollo las actividades para el fortalecimiento de los centros de tención primarios (CAPS) en el marco del convenio 1219 de 2017.
16	Portar el carnet institucional de la SUBRED durante la ejecución de las actividades contractuales.18 Cumplir con todas las medidas de asepsia y antisepsia para el manejo de los dispositivos médicos y comportamiento dentro de las diferentes areas del servicio.	17.Porto el carnet institucional de la SUBRED durante la ejecución de las actividades contractuales. 18. Cumplo con todas las medidas de asepsia y antisepsia para el manejo de los dispositivos médicos y comportamiento dentro de las diferentes areas del servicio.

OBSERVACIONES:
HORAS 258.

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

CLAUDIA LATORRE LEAL

Firma del Contratista

C.C. 52.054.741 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	MARIA ESNEDA ROCHA GAONA
CARGO:	LIDER APOYO TERAPEUTICO
FIRMA	

en línea

RALES DEL APORTANTE

ón	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
		LATORRE LEAL CLAUDIA DEL ROCIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 29 # 4 A - 59	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	SI

RALES DE LA LIQUIDACION

do	Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
018-11	86966297	8486966297	I	2018/12/11	2018/12/17	BANCO AV VILLAS	6	$372,500

DE PAGO

	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
TRADORAS: 1)				1	$180,000	$800	$0	$180,800
	230301	800,224,808	8	1	$180,000	$800	$0	$180,800
TRADORAS: 1)				1	$27,500	$200	$0	$27,700
BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$27,500	$200	$0	$27,700
TRADORAS: 1)				1	$22,500	$100	$0	$22,600
AR	CCF24	860,066,942	7	1	$22,500	$100	$0	$22,600
TRADORAS: 1)				1	$140,700	$700	$0	$141,400
AR	EPS008	860,066,942	7	1	$140,700	$700	$0	$141,400
				1	$370,700	$1,800	$0	$372,500

PAGADO

350.000

Horas = 258

$ 41024800