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

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 02
FECHA: 2020-05-04

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 3152 2021	**C.D.P. No.:**	302	**Proceso al que pertenece:**	CIRUGIA
				Unidad a la que pertenece:	USS JORGE ELIECER GAITAN

Nombre del Contratista: JUAN GUILLERMO MARCIALES URREGO **C.C.** 1.033.711.903 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2021-02-16 **Fecha Terminación incial:** 2021-03-31 **Valor Mensual:** $ 7.296.000 **Valor a cobrar:** $ 7.680.000

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 8.064.000	902	2021-04-01	2021-04-30
2	$ 11.904.000	1220	2021-05-01	2021-06-15
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	FEBRERO	$ 7.296.000	$ 976.100	48671143 - 48675245
2	MARZO	$ 8.256.000	$ 902.900	48923172
3	ABRIL	$ 7.680.000	$ 1.021.700	49970174
4	MAYO	$ 7.680.000	$ 950.500	50371018
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 16.640.000	$ 36.608.000	$ 30.912.000	$ 5.696.000

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

OBJETO DEL CONTRATO

Prestar los servicios MEDICO GENERAL para la ejecución de actividades asistenciales en los diferentes servicios de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente.

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2021-05-01 **Hasta:** 2021-05-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUTO O EVIDENCIA
1	Realizar las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan de atención de su profesión.	Se Realizaron las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo depatologías establecidos dentro del plan de atención de su profesión.	HISTORIA CLINICA
2	Llevar registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la normatividad vigente y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación.	Se Llevo registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la normatividad vigente y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación.	HISTORIA CLINICA
3	Cumplir con las exigencias legales y éticas para el manejo adecuado de la historia clínica.	Se Cumplió con las exigencias legales y éticas para el manejo adecuado de la historia clínica.	AUDITORIA DE HISTORIA CLINICA
4	Participar en la programación de actividades del área	Se participó en la programación de actividades del área	CAPACITACIONES
5	Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.	Se reportó los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.	REPORTE EN ALMERA Y SIVIGILA
6	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.	Se Notificó 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.	REUNION MENSUAL
7	Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente.	Se Impartió instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente.	SOCIALIZACION DE INFORMACION CON EL EQUIPO DE TRABAJO
8	Diligenciar el consentimiento informado acorde con la atención brindada.	Se Diligenció el consentimiento informado acorde con la atención brindada.	FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
9	Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad; Realizando los registros correspondientes en la historia clínica, solicitudes de exámenes diagnósticos, formulación de medicamentos, formatos no POS, interconsultas, remisiones y otros documentos según indicaciones de los médicos tratantes, y avalado con firma y sello por los Médicos Especialistas	Se Diligenció en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad; Realizando los registros correspondientes en la historia clínica, solicitudes de exámenes diagnósticos, formulación de medicamentos, formatos no POS, interconsultas, remisiones y otros documentos según indicaciones de los médicos tratantes, y avalado con firma y sello por los Médicos Especialistas	MIPRES, INTERCONSULTAS
10	Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.	Se Practicó el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.	EVOLUCION-HISTORIA CLINICA
11	Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención	se Informó al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención	ATENCION A FAMILIAR-SE BRINDA INFORMACION
12	Emitir conceptos médicos que se le requieran.	Se emitó conceptos médicos que se le requieran.	CONSTANCIAS MEDICAS
13	Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la normatividad vigente	Se poyó en el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la normatividad vigente.	ADHERENCIA A GUIAS DE MANEJO

14	Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas.	Respondí por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas.	FIRMA DE INVENTARIO DE RECIBIDOS
15	Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	Participé en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	ASISTENCIA A REUNIONES
16	Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos, guías, manuales, protocolos y demás establecidos por la Entidad, además de apoyar la implementación de los mismos	Conozco y di cumplimiento a los procedimientos, guías, manuales, protocolos y demás establecidos por la Entidad, además de apoyar la implementación de los mismos	ASISTENCIA A REUNIONES Y ADHERENCIA A GUIA DE MANEJO
17	Apoyar a la Entidad en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales	Se Apoyó a la Entidad en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA
18	Participar en la elaboración y actualización de los manuales de normas procedimientos y protocolos asistenciales del área	Participe en la elaboración y actualización de los manuales de normas procedimientos y protocolos asistenciales del área	REVISTAS MEDICAS
19	Instruir a la comunidad sobre la prevención de las enfermedades propias de su especialidad.	Se intruyó a la comunidad sobre la prevención de las enfermedades propias de su especialidad.	RECOMENDACIONES DE SALIDA
20	Mantener la reserva de la información	Se Mantuvo la reserva de la información	CONFIDENCIALIDAD DE HISTORIA CLINICA
21	Informar al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de sus obligaciones.	Informe al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de sus obligaciones.	REUNIONES CON EL LIDER
22	Velar porque la atención sea humana, eficaz, cálida con todos y cada uno de los usuarios que requieran el servicio.	Se Veló porque la atención sea humana, eficaz, cálida con todos y cada uno de los usuarios que requieran el servicio.	DECALOGO D HUMANIZACION
23	Apoyo en procedimientos médico quirúrgicos según solicitud del médico tratante requiera.		AYUDANTIA QUIRURGICA
24	Participar en las Revistas Médicas con la especialidad pertinente, reuniones académicas, juntas médicas, reuniones asistenciales o administrativas según las necesidades del servicio y cuando se le requiera.	Participe en las Revistas Médicas con la especialidad pertinente, reuniones académicas, juntas médicas, reuniones asistenciales o administrativas según las necesidades del servicio y cuando se le requiera.	REVISTAS MEDICAS
25	Dar respuesta a quejas o requerimientos oportunamente cuando se le asigne	Di respuesta a quejas o requerimientos oportunamente cuando se le asigne	RESPUESTA OPORTUNA Y CORREOS ENVIADOS
26	Realizar resúmenes de historia clínica, epicrisis u otros documentos asistenciales o administrativos según se requiera	Se Realizó resúmenes de historia clínica, epicrisis u otros documentos asistenciales o administrativos según se requiera	DOCUMENTOS DE SALIDA DEL PACIENTE
27	Acompañamiento de visitas externas a los servicios cuando se requieran.	Acompañe en visitas externas a los servicios cuando se requieran.	REMISION A PAD
28	Promovi las normas de bioseguridad, salud ocupacional, gestion ambiental y calidad en los servicios asignados	Promover las normas de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad en los servicios asignados	CUMPLIR CON PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD
29	Desarrollar las actividades de supervisión de los contratos cuando estas sean asignadas.	Desarrolle las actividades de supervisión de los contratos cuando estas sean asignadas.	SEGUIMIENTO DIARIO DE LOS PACIENTES

Observaciones:		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.**	1.033.711.903	de	BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	LINA MARCELA ROJAS G.
CARGO:	LIDER USS JORGE ELIECER GAITAN
FIRMA	

CUENTA DE COBRO No. 03 Mes MAYO de 2021

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD
CENTRO ORIENTE E.S.E.
Nit. 900.959.051.7

DEBE A:

Nombre: JUAN GUILLERMO MARCIALES URREGO

C.C. No. 1.033.711.903 DE BOGOTA

La suma de: $7.680.000 (SIETE MILLONES SEISCIENTOS OCHENTA MIL PESOS M/CTE.)

Total, Horas: 240

Por concepto de:

- Honorarios por Prestación de Servicios en cumplimiento del Contrato No. PS 3152-2021, correspondiente al mes de Mayo-2021.

OBJETO: PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES, DE MANERA PERSONAL Y AUTONOMA, EN SU CONDICIÓN DE MEDICO GENERAL PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES, 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.

Cordialmente,

C.C. No. **1.033.711.903 DE BOGOTA**
Teléfono: 3232274078

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1033711903	JUAN GUILLERMO MARCIALES URREGO	Calle 67 N 18 35 sur	3658254	juangmarciales@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2021-04	2021-04	I	04/05/2021	50371018	$950.500

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	384.000	0		0		0	0	0	0	384.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	491.600	0	0	0	0	0	0		491.600	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	74.900				74.900	0	0	74.900			749	74.900	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	384.000	384.000
Pensión	1	491.600	491.600
Riesgos Laborales	1	74.900	74.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	950.500	950.500

PAGADA

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