Cuenta de cobro 005- 2021

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

Nit. 900.959.051-7

DEBE A:

CAROLINA GARCIA GONZALEZ
C.C. 1013664517 de BOGOTA

LA SUMA DE:

Cuatro millones quinientos seis mil novecientos doce mil pesos ($4.506.912)

Por concepto de:

- Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No PS 3866 de 2021 correspondiente al mes de junio de 2021.

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS DE ACUERDO A SU PERFIL ACADÉMICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES (DE SU PROFESIÓN), CON DISPONIBILIDAD EN CUMPLIMIENTO DE LA MISIÓN Y LA VISIÓN DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E PARA LA EJECUCIÓN DEL CONVENIO 031 DE 2020.

Cordialmente.

CAROLINA GARCIA GONZALEZ
C.C. 1013664517
Teléfono: 3223104812 Dirección: Calle 10 a # 12b-25 sur
No. De Cuenta: 0570004870505866 cuenta de ahorros, Davivienda.

Fecha: 30/06/2021.

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:	3866-2021	C.D.P. No.:	487	Proceso al que pertenece:	AMED - CONVENIO 031
				Unidad a la que pertenece: UMHE	UMHES SAN BLAS
Nombre del Contratista:	CAROLINA GARCIA GONZALEZ			C.C.	1.013.664.517 de: BOGOTA
Fecha Inicio:	2021-02-12	Fecha Terminación Inicial:	2021-02-28	Valor Mensual:	$ 5.821.428
Valor a cobrar:	$ 4.506.912				

ADICION Y OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 5.821.428	641	2021-03-01	2021-03-31
2	$ 5.821.428	803	2021-04-01	2021-04-30
3	$ 5.821.428	1237	2021-05-01	2021-06-15
4	$ 7.793.202	1897	2021-06-16	2021-07-29
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NUMERO DE PLANILLA
1	FEBRERO	$ 2.629.032	$ 0	
2	MARZO	$ 5.755.760	$ 693.100	49131979
3	ABRIL	$ 3.943.548	$ 797.800	49865217
4	MAYO	$ 4.882.488	$ 747.900	50520318
5	JUNIO	$ 4.506.912	$ 847.600	51193994
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
$ 3.492.857	$ 28.750.343	$ 19.717.740	$ 9.032.603

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS DE ACUERDO A SU PERFIL ACADÉMICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES (DE SU PROFESIÓN), CON DISPONIBILIDAD EN CUMPLIMIENTO DE LA MISIÓN Y LA VISIÓN DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E PARA LA EJECUCIÓN DEL CONVENIO 031 DE 2020.

Relación de actividades para el periodo: Desde: 2021-06-01 Hasta: 2021-06-30

	OBLIGACIONES ESPECIFICAS (Las establecidas en la minuta)	DESCRIPCION DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACION	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Realizar las actividades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos determinados dentro del plan de manejo, con un alto nivel científico ético y humano, de una manera oportuna y pertinente, en correspondencia con las necesidades de los pacientes y teniendo en cuenta que todas las decisiones clínicas generadas en la atención médica, procurarán el mejoramiento de la salud del paciente, el uso racional del conocimiento médico y de los recursos disponibles	VALORACION A LOS PACIENTES EN FUNDACION HOGAR LUZ Y VIDA	EN EL SISTEMICA DINAMICA GERENCIA
2	Brindar una atención en salud buscando los mejores estándares de oportunidad, integridad, suficiencia, continuidad y pertinencia, en un ambiente de atención personalizada y humanizada, cumpliendo el principio de equidad y con énfasis en actividades, procedimientos, protocolos, intervenciones y guías de atención, de acuerdo a los estándares de habilitación y acreditación.	CONSULTA EXTERNA CAPS PRIMERA DE MAYO	REGISTRO EN HISTORIA CLICINA
3	Prestar sus servicios asistenciales respetando la autonomía institucional de la SUBRED, su visión, misión, estructura orgánica reglamentos administrativos, técnicos, científicos y disciplinarios, acogiendo las directrices institucionales.	SE BRINDO ATENCION EN SALUD A LOS USUARIOS DE LA SUB RED CENTRO ORIENTE.	REGISTRO EN HISTORIA CLICINA
4	Realizar las actividades según las necesidades de la subred dando cubertura en todas las unidades en donde se oferta el servicio y sea requerido Informar al paciente y su familia sobre la condición clínica, plan de manejo, atención y recomendaciones de egreso, conocer el grado de satisfacción sobre los servicios prestados y resolver inquietudes relacionadas con el proceso de atención.	E HISTORIAS CLINICAS, EPICRISIS U OTROS DOCUMENTOS ASISTENCIAS ADMINISTRA	REGISTRO EN HISTORIA CLICINA
5	Llevar registro de las actividades, procedimientos e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la institución y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación.	OPURTINIDAD, INTEGRALIDAD, SUFICNECIA Y PERETYENCIA CON LOS ESTANDARES	REGISTRO EN HISTORIA CLICINA
6	Respetar los derechos del paciente, cumplir el código de ética médica y las disposiciones legales pertinentes propios de los servicios en donde se preste la atención.	OBRE LOS PROCEDIEMIENTOS ORDENADOS AL PACIENTE	REGISTRO EN HISTORIA CLICINA
7	Realizar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación o impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados.	INSTRUCCIONES AL EQUIPO DE SALUDM SOBRE LOS PROCEDIEMIENTOS ORDENADOS	REGISTRO EN HISTORIA CLICINA
8	Emitir conceptos médicos que se le requieran, realizar resúmenes de historia clínica, epicrisis u otros documentos asistenciales o administrativos que sean solicitados.	SE REALIZO RESUMENES DE HISTORIAS CLINICAS	REGISTRO EN HISTORIA CLICINA
9	Diligenciar en forma completa, oportuna, sistematizada y legible (en los casos en que se presenten fallas del sistema), los formatos de historias clínicas, consentimiento informado, reportes de estudios y demás registros propios de su actuar, de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente, los procedimientos de auditoría y demás directrices relacionadas con el manejo de historias clínicas y respaldando todas las actuaciones realizadas al paciente con firma y sello.	RMA ADECUADA LOS FORMATOS O INSTRUMENTOS PROPIOS EN SU ACTUAR CON CRI	REGISTRO EN HISTORIA CLICINA
10	Garantizar la debida reserva de la información del paciente y de los registros clínicos.	CONSENTIMIENTO INFORMADO	REGISTRO EN HISTORIA CLICINA
11	Garantizar la integridad y adecuado funcionamiento de los equipos, elementos o instalaciones, así como la utilización racional de los recursos que la Subred aporte al desarrollo de las actividades contratadas y responder por su reposición o reparación cuando los daños se ocasionen por negligencia o inadecuada manipulación de los mismos.	CUIDADO DE EQUIPOS	REGISTRO EN HISTORIA CLICINA

12	Reportar al área de Recursos Físicos - Activos Fijos de la SUBRED, los equipos de propiedad del contratista, que se destine a las actividades asistenciales.	NO APLICA	REGISTRO EN HISTORIA CLICINA
13	El contratista deberá responder por la seguridad y mantenimiento de sus equipos.	FIRMAR APTA DE ENTREGA	REGISTRO EN HISTORIA CLICINA
14	Participar activamente en el desarrollo, implementación y cumplimiento de las políticas institucionales, sistema integrado de gestión, acreditación, seguridad del paciente y demás actividades enmarcadas dentro del sistema obligatorio de garantía de la calidad.	NO APLICA	REGISTRO EN HISTORIA CLICINA
15	Participar en la programación de actividades del servicio. 17. Participar en la elaboración, actualización, implementación y adherencia de guías, manuales, procedimientos y protocolos que apliquen al servicio.	NO APLICA	REGISTRO EN HISTORIA CLICINA
16	Apoyar a la Entidad en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.	CONSULTA EXTERNA CAPS PRIMERA DE MAYO	REGISTRO EN HISTORIA CLICINA
17	Participar en la elaboración de respuestas a quejas, reclamaciones y requerimientos que se presenten en desarrollo de la atención que se obliga a prestar a los usuarios o pacientes que demanden el servicio	NO APLICA	REGISTRO EN HISTORIA CLICINA
18	Prestar el apoyo necesario para dar respuesta a objeciones iniciales evitando así que se genere Glosa Definitiva o procesos de Conciliación por parte de EPS-S-EAPB.	NO APLICA	NO APLICA
19	Notificar los sucesos de seguridad que se presenten durante el proceso de atención, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones demejora definidas para el servicio.	NO APLICA	NO APLICA
20	Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.	REGISTRAR FICHA DE NOTIFICACION	REGISTRO EN HISTORIA CLICINA
21	Instruir a la comunidad sobre la prevención de las enfermedades propias de su especialidad.	ATENCION EN CONSUTA DOMICILIARIA	REGISTRO EN HISTORIA CLICINA
22	Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones, comités y eventos a los cuales sea convocado.	ASISTENCIA A LAS CAPACITACIONES	CAPACITAIONES
23	Informar al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de sus obligaciones.		REGISTRO EN HISTORIA CLICINA
24	Cumplir oportunamente las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demás solicitudes de la Supervisión y de la Oficina de Garantía de Calidad.		REGISTRO EN HISTORIA CLICINA
25	Acreditar el cumplimiento del pago de los aportes al sistema de seguridad social y parafiscal durante la vigencia del contrato, requisito indispensable para generar cada pago a su favor, anexando la planilla de pago del personal vinculado para la ejecución del contrato los aportes al sistema integral de seguridad social en salud deberán comprender salud, pensión y ARL.	PAGOS EN SEGURIDAD SOCIAL	PLANILA UNICA DE PAGO
26	Todas las demás inherentes o necesarias para la correcta prestación del servicio.		REGISTRO EN HISTORIA CLICINA
27	Estar afiliado al Sistema General de Seguridad Social y acreditar inscripción en el RETHUS Y MIPRES		REGISTRO EN HISTORIA CLICINA
28	Realizar las actividades para el desarrollo de estrategias de Atención Domiciliaria - Hospitalización domiciliaria.	CONSULTA EXTERNA	REGISTRO EN HISTORIA CLICINA
29	Todas las actividades deberán ser coordinadas con el líder del proceso	HORARIO DE TURNOS	REGISTRO EN HISTORIA CLICINA
30	Utilizar los elementos de protección necesarios		REGISTRO EN HISTORIA CLICINA
31	Realizar de manera oportuna y eficaz las funciones específicas mencionadas con el objeto de garantizar la adecuada atención de pacientes de una manera eficiente y altamente humanizada, apoyando y gestionando de manera constante el fortalecimiento de las subredes en el modelo de atención en apoyo al convenio 031 de 2020	CONSULTA EXTERNA	REGISTRO EN HISTORIA CLICINA
32	Realizar de manera oportuna y eficaz las funciones específicas mencionadas con el objeto de garantizar la adecuada atención de pacientes de una manera eficiente y altamente humanizada, apoyando y gestionando de manera constante el fortalecimiento de las subredes en el modelo de atención en apoyo al convenio 031 de 2021	CONSULTA EXTERNA	REGISTRO EN HISTORIA CLICINA

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. 1.013.664.517 de BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	JAIRO EDUARDO TORRES CASTAÑEDA
CARGO:	REFERENTE AMED
FIRMA:	

compensar | miplanilla.com

REPORTE RESUMEN DE PAGO

Información básica de la planilla

Empresa:	CAROLINA GARCIA GONZALEZ	**NIT:**	1013664517
Tipo Planilla:	I	**Periodo liquidación Pensiones:**	mayo 2021
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	mayo 2021
Número de Radicación:	51195994	**Total a pagar:**	$847,600
Fecha de vencimiento:	14/06/2021	**Total de empleados:**	1
Fecha de Pago:	09/06/2021	**Número de Administradoras:**	3

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	**Nit recaudo:**	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	**Medio de Pago:**	Pago Electronico por PSE
Banco:	BANCO DAVIVIENDA	**Número Autorización:**	1017583744
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Código	NIT	Administradoras	Num. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado
14-11	890903790	ARL SURA	1		$0	$66,800
230301	800224808	Porvenir	1		$0	$438,300
EPS005	800251440	Sanitas EPS	1		$0	$342,500
						$847,600

***Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.**

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

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	1013664517	CAROLINA GARCIA GONZALEZ	calle 10 a # 12b - 25 sur	4646385	mdcarolinagarcia25@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	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2021-05	2021-05	I		51195994	$847.600	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	342.500	0		0		0	0	0	0	342.500	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	438.300	0	0	0	0	0	0		438.300	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	66.800				66.800	0	0	66.800			668	66.800	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	342.500	342.500
Pensión	1	438.300	438.300
Riesgos Laborales	1	66.800	66.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	847.600	847.600

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

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	1013664517	CAROLINA GARCIA GONZALEZ		calle 10 a # 12b - 25 sur	4646385	mdcarolinagarcia25@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	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2021-05	2021-05	I		51195994	$847.600	

LE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE						INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No. de entificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Horas/Dia	Extranjero	Cotiza Exterior	Residente	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCION	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
013664517	GARCIA GONZALEZ CAROLINA	59	0			N																	230301	2.739.312	438.300	0	0	0	0	EPS005	2.739.312	342.500	14-11	2.739.312	3	66.800		0	0	0	0	0	0	0

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