Cuenta de cobro (002) - 2021

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

Nit. 900.959.051-7

DEBE A:

JESUS ALBERTO JIMENEZ TINJACA

C.C. _1026288797 __ de __ BOGOTÁ DC __

LA SUMA DE:

SEIS MILLONES CIENTO SESENTA Y CINCO MIL SETESIENTOS SEIS PESOS M /CTE

($ ___$ 6.165.706____)

Por concepto de:

Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No PS 6268 - 2021__ correspondiente al mes de **JULIO** de 2021.

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS DE ACUERDO A SU PERFIL ACADÉMICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES__MÉDICO___, 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.

C.C.: 1026288797 ___DE ___BOGOTA_____
TELEFONO: __3173529953_____
DIRECCION: __CRA 71C 8 80 SUR_____
NUMERO DE CUENTA: _055048841306205 7__DE ___AHORROS____
BANCO: ___DAVIVIENDA _____
FECHA DE GENERACION DE CUENTA: ____29/07/2021_____

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 6268 2021	C.D.P. No.:	1610	Proceso al que pertenece:	AMED TERRITORIAL- CONVENIO 031
				Unidad a la que pertenece:	UMHES SANTA CLARA
Nombre del Contratista:	JESUS ALBERTO JIMENEZ TINJACA			C.C.	1026288797 de: BOGOTA
Fecha Inicio:	2021-05-24	Fecha Terminación Inicial:	2021-06-29	Valor Mensual:	$ 5.821.428 Valor a cobrar: $ 6.165.206

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 5.821.428	1988	2021-06-30	2021-07-29
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

No. CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	JUNIO	$ 6.635.176	$0	
2	JULIO	$ 6.165.706	$ 847.600	9422100690
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Resumen de contrato	VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
	$ 6.985.714	$ 12.807.142	$ 12.800.882	$ 6.260

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: 2021-07-01 Hasta: 2021-07-29

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Del contratista/ordenes de prestación)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL TERCIO O MENSUALIDAD DE CADA OBLIGACIÓN	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 DE PACIENTES DOMICILIARIOS, EXAMEN FISICO, FORMULACION Y DEMAS	REGISTRO EN HISTORIA CLINICA EN DINAMICA
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.	VALORACION DE PACIENTES DOMICILIARIOS, EXAMEN FISICO, FORMULACION Y DEMAS	REGISTRO EN HISTORIA CLINICA
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.	VALORACION DE PACIENTES DOMICILIARIOS, EXAMEN FISICO, FORMULACION Y DEMAS	REGISTRO EN HISTORIA CLINICA
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.	VALORACION DE PACIENTES DOMICILIARIOS, EXAMEN FISICO, FORMULACION Y DEMAS	REGISTRO EN HISTORIA CLINICA
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.	VALORACION DE PACIENTES DOMICILIARIOS, EXAMEN FISICO, FORMULACION Y DEMAS	REGISTRO EN HISTORIA CLINICA
6	Respetar los derechos del paciente, cumplir el código de ética médica y las disposiciones legales pertinentes propias de los servicios en donde se preste la atención.	VALORACION DE PACIENTES DOMICILIARIOS, EXAMEN FISICO, FORMULACION Y DEMAS	REGISTRO EN HISTORIA CLINICA
7	Realizar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación e impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados.	VALORACION DE PACIENTES DOMICILIARIOS, EXAMEN FISICO, FORMULACION Y DEMAS	REGISTRO EN HISTORIA CLINICA
8	Emitir conceptos médicos que se le requieran, realizar resúmenes de historia clínica, epicrisis u otros documentos asistenciales o administrativos que sean solicitados.	VALORACION DE PACIENTES DOMICILIARIOS, EXAMEN FISICO, FORMULACION Y DEMAS	REGISTRO EN HISTORIA CLINICA

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 auditoria y demás directrices relacionadas con el manejo de historias clínicas y respaldando todas las actuaciones realizadas al paciente con firma y sello.	VALORACION DE PACIENTES DOMICILIARIOS, EXAMEN FISICO, FORMULACION Y DEMAS	REGISTRO EN HISTORIA CLINICA
10	Garantizar la debida reserva de la información del paciente y de los registros clínicos.	CONSENTIMIENTO INFORMADO	REGISTRO EN HISTORIA CLINICA
11	Garantizar la integridad y adecuado funcionamiento de los equipos, elementos e instalaciones, así como la utilización racional de los recursos que la Subred aporte al desarrollo de las actividades contratadas y responder por su reposición o reparación cuando los daños se ocasionen por negligencia o inadecuada manipulación de los mismos.	CUIDADO DE EQUIPOS	REGISTRO EN HISTORIA CLINICA
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	NO APLICA
13	El contratista deberá responder por la seguridad y mantenimiento de sus equipos.	FIRMAR ACTA DE ENTREGA	ACTA
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.	VALORACION DE PACIENTES DOMICILIARIOS, EXAMEN FISICO, FORMULACION Y DEMAS	REGISTRO EN HISTORIA CLINICA
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.	VALORACION DE PACIENTES DOMICILIARIOS, EXAMEN FISICO, FORMULACION Y DEMAS	REGISTRO EN HISTORIA CLINICA
16	Apoyar a la Entidad en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales,	VALORACION DE PACIENTES DOMICILIARIOS, EXAMEN FISICO, FORMULACION Y DEMAS	REGISTRO EN HISTORIA CLINICA
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	VALORACION DE PACIENTES DOMICILIARIOS, EXAMEN FISICO, FORMULACION Y DEMAS	REGISTRO EN HISTORIA CLINICA
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.	VALORACION DE PACIENTES DOMICILIARIOS, EXAMEN FISICO, FORMULACION Y DEMAS	REGISTRO EN HISTORIA CLINICA
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.	VALORACION DE PACIENTES DOMICILIARIOS, EXAMEN FISICO, FORMULACION Y DEMAS	REGISTRO EN HISTORIA CLINICA
20	Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.	REGISTRAR FICHA DE NOTIFICACION	REGISTRO EN HISTORIA CLINICA
21	Instruir a la comunidad sobre la prevención de las enfermedades propias de su especialidad.	ATENCION EN CONSUTA DOMICILIARIA	REGISTRO EN HISTORIA CLINICA
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.	SE INFORMA NOVEDADES	
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.	NO APLICA	NO APLICA
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.	NO APLICA	NO APLICA
27	Estar afiliado al Sistema General de Seguridad Social y acreditar inscripción en el RETHUS Y MIPRES	SI INSCRITO	RETHUS
28	Realizar las actividades para el desarrollo de estrategias de Atención Domiciliaria - Hospitalización domiciliaria.	VALORACION DE PACIENTES DOMICILIARIOS, EXAMEN FISICO, FORMULACION Y DEMAS	REGISTRO EN HISTORIA CLINICA
29	Todas las actividades deberán ser coordinadas con el líder del proceso	HORARIO DE TURNOS	INFORMACION DE DISPONIBILIDAD
30	Utilizar los elementos de protección necesarios	HACER BUEN USO DE LOS EPP	EPP
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	VALORACION DE PACIENTES DOMICILIARIOS, EXAMEN FISICO, FORMULACION Y DEMAS	REGISTRO EN HISTORIA CLINICA
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	VALORACION DE PACIENTES DOMICILIARIOS, EXAMEN FISICO, FORMULACION Y DEMAS	REGISTRO EN HISTORIA CLINICA

Observaciones: Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL. En caso de tener contrato nuevo se debe anexar también la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro	Firma del Contratista C.C. 1026288797 de BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE	EDILSA ESTHER MAURY BELLO
CARGO	DIRECCION SERVICIOS AMBULATORIOS
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 1026288797		JESUS ALBERTO JIMENEZ TINJACA	INDEPENDIENTE	Principal	cra71 c no 8 80	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2905826	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-06	2021-06	1058611438	9422100690	I	2021/07/26	2021/07/14	BANCO DAVIVIENDA	0	$780,800

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	vip	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)																						$2,739,312	$438,300			$2,739,312	$342,500			$0	$0			$0	$0		$0	$0		$780,800
Centro de Trabajo: Principal (1 Afiliados)																						$2,739,312	$438,300			$2,739,312	$342,500			$0	$0			$0	$0		$0	$0		$780,800
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																						$2,739,312	$438,300			$2,739,312	$342,500			$0	$0			$0	$0		$0	$0		$780,800
1	CC 1026288797	JIMENEZ JESUS												X						230201	30	$2,739,312	$438,300	EPS005	30	$2,739,312	$342,500		0	$0	$0		0	$0	$0	0	$0	$0	No	$780,800
Total	Afiliados(1)																					$2,739,312	$438,300			$2,739,312	$342,500			$0	$0			$0	$0		$0	$0		$780,800

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1026288797		JESUS ALBERTO JIMENEZ TINJACA	INDEPENDIENTE	Principal	cra71 c no 8 80	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2905826	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-06	2021-06	1058611438	9422100690	I	2021/07/26	2021/07/14	BANCO DAVIVIENDA	0	$780,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$438,300	$0	$0	$438,300
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$438,300	$0	$0	$438,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$342,500	$0	$0	$342,500
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$342,500	$0	$0	$342,500
TOTAL				1	$780,800	$0	$0	$780,800

PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA

2021/07/14 09:38 AM

aportes en línea

Pagos aportes en línea

Módulo de pagos electrónicos

Pago electrónico

El pago electrónico de su autoliquidación se ha realizado exitosamente

Resumen del pago electrónico

Dirección IP:	191.95.53.170
Estado de la transacción:	APROBADA
Clave planilla:	9422175866
Valor:	66,800
Período de pago:	2021-06
No Transacción (CUS):	1059072554
Fecha:	2021/07/14
Banco:	BANCO DAVIVIENDA
Aportes en línea:	9999001472382

Aceptar

Imprimir

Copyright © 2021 Aportes en Línea. Todos los derechos reservados.