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 6858 2021	**C.D.P. No.:**	2677	**Proceso al que pertenece:**	DIRECCION INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD
				Unidad a la que pertenece:	UMHES SANTA CLARA
Nombre del Contratista:	HECTOR ANDRES MOJICA BONZA			**C.C.**	1.022.373.070 **de:** BOGOTA
Fecha Inicio:	2021-08-27	**Fecha Terminación incial:**	2021-09-15	**Valor Mensual:**	$ 4.096.000 **Valor a cobrar:** $ 768.000

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	AGOSTO	$ 768.000	NA	NA
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 4.096.000	$ 4.096.000	$ 768.000	$ 3.328.000

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN MEDICINA II DE APOYO A LA GESTION PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION GESTION INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2021-08-27 **Hasta:** 2021-08-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO	
		ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Realizar toma de muestras domiciliarias, se requiere un mínimo de 15 muestras por cada turno, y de 30 muestras por cada conglomerado	APOYO A LA CONTINGENCIA DE LA PANDEMIA POR COVID	FORMATO SEGUIMIENTO DE PACIENTES COVID - CD CON SOPORTE DE NUMERO DE CASO/REGISTRO DE PACIENTES A SIDCRUE - REALIZACION HISTORIA CLINICA MANUAL
2	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	APOYO A LA CONTINGENCIA DE LA PANDEMIA POR COVID	FORMATO SEGUIMIENTO DE PACIENTES COVID - CD CON SOPORTE DE NUMERO DE CASO/REGISTRO DE PACIENTES A SIDCRUE - REALIZACION HISTORIA CLINICA MANUAL
3	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	APOYO A LA CONTINGENCIA DE LA PANDEMIA POR COVID	FORMATO SEGUIMIENTO DE PACIENTES COVID - CD CON SOPORTE DE NUMERO DE CASO/REGISTRO DE PACIENTES A SIDCRUE - REALIZACION HISTORIA CLINICA MANUAL
4	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	APOYO A LA CONTINGENCIA DE LA PANDEMIA POR COVID	FORMATO SEGUIMIENTO DE PACIENTES COVID - CD CON SOPORTE DE NUMERO DE CASO/REGISTRO DE PACIENTES A SIDCRUE - REALIZACION HISTORIA CLINICA MANUAL
5	Realizar las actividades según las necesidades de la subred dando cubertura en todas las unidades en donde se oferta el servicio y sea requerido	APOYO A LA CONTINGENCIA DE LA PANDEMIA POR COVID	FORMATO SEGUIMIENTO DE PACIENTES COVID - CD CON SOPORTE DE NUMERO DE CASO/REGISTRO DE PACIENTES A SIDCRUE - REALIZACION HISTORIA CLINICA MANUAL
6	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	APOYO A LA CONTINGENCIA DE LA PANDEMIA POR COVID	FORMATO SEGUIMIENTO DE PACIENTES COVID - CD CON SOPORTE DE NUMERO DE CASO/REGISTRO DE PACIENTES A SIDCRUE - REALIZACION HISTORIA CLINICA MANUAL
7	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	APOYO A LA CONTINGENCIA DE LA PANDEMIA POR COVID	FORMATO SEGUIMIENTO DE PACIENTES COVID - CD CON SOPORTE DE NUMERO DE CASO/REGISTRO DE PACIENTES A SIDCRUE - REALIZACION HISTORIA CLINICA MANUAL
8	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	APOYO A LA CONTINGENCIA DE LA PANDEMIA POR COVID	FORMATO SEGUIMIENTO DE PACIENTES COVID - CD CON SOPORTE DE NUMERO DE CASO/REGISTRO DE PACIENTES A SIDCRUE - REALIZACION HISTORIA CLINICA MANUAL
9	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	APOYO A LA CONTINGENCIA DE LA PANDEMIA POR COVID	FORMATO SEGUIMIENTO DE PACIENTES COVID - CD CON SOPORTE DE NUMERO DE CASO/REGISTRO DE PACIENTES A SIDCRUE - REALIZACION HISTORIA CLINICA MANUAL
10	Emitir conceptos médicos que se le requieran, realizar resúmenes de historia clínica, epicrisis u otros documentos asistenciales o administrativos que sean solicitados	APOYO A LA CONTINGENCIA DE LA PANDEMIA POR COVID	FORMATO SEGUIMIENTO DE PACIENTES COVID - CD CON SOPORTE DE NUMERO DE CASO/REGISTRO DE PACIENTES A SIDCRUE - REALIZACION HISTORIA CLINICA MANUAL
11	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 con lo establecido en la normatividad vigente, los	APOYO A LA CONTINGENCIA DE LA PANDEMIA POR COVID	FORMATO SEGUIMIENTO DE PACIENTES COVID - CD CON SOPORTE DE NUMERO DE CASO/REGISTRO DE PACIENTES A SIDCRUE - REALIZACION HISTORIA CLINICA MANUAL
12	Garantizar la debida reserva de la información del paciente y de los registros clínicos	APOYO A LA CONTINGENCIA DE LA PANDEMIA POR COVID	FORMATO SEGUIMIENTO DE PACIENTES COVID - CD CON SOPORTE DE NUMERO DE CASO/REGISTRO DE PACIENTES A SIDCRUE - REALIZACION HISTORIA CLINICA MANUAL
13	. 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	APOYO A LA CONTINGENCIA DE LA PANDEMIA POR COVID	FORMATO SEGUIMIENTO DE PACIENTES COVID - CD CON SOPORTE DE NUMERO DE CASO/REGISTRO DE PACIENTES A SIDCRUE - REALIZACION HISTORIA CLINICA MANUAL

14	Reportar al área de Recursos Físicos – Activos Fijos de la SUBRED, los equipos de propiedad del contratista, que se destine a las actividades asistenciales	APOYO A LA CONTINGENCIA DE LA PANDEMIA POR COVID	FORMATO SEGUIMIENTO DE PACIENTES COVID - CD CON SOPORTE DE NUMERO DE CASO/REGISTRO DE PACIENTES A SIDCRUE - REALIZACION HISTORIA CLINICA MANUAL
15	El contratista deberá responder por la seguridad y mantenimiento de sus equipos	APOYO A LA CONTINGENCIA DE LA PANDEMIA POR COVID	FORMATO SEGUIMIENTO DE PACIENTES COVID - CD CON SOPORTE DE NUMERO DE CASO/REGISTRO DE PACIENTES A SIDCRUE - REALIZACION HISTORIA CLINICA MANUAL
16	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	APOYO A LA CONTINGENCIA DE LA PANDEMIA POR COVID	FORMATO SEGUIMIENTO DE PACIENTES COVID - CD CON SOPORTE DE NUMERO DE CASO/REGISTRO DE PACIENTES A SIDCRUE - REALIZACION HISTORIA CLINICA MANUAL
17	Participar en la programación de actividades del servicio	APOYO A LA CONTINGENCIA DE LA PANDEMIA POR COVID	FORMATO SEGUIMIENTO DE PACIENTES COVID - CD CON SOPORTE DE NUMERO DE CASO/REGISTRO DE PACIENTES A SIDCRUE - REALIZACION HISTORIA CLINICA MANUAL
18	Participar en la elaboración, actualización, implementación y adherencia de guías, manuales, procedimientos y protocolos que apliquen al servicio.	APOYO A LA CONTINGENCIA DE LA PANDEMIA POR COVID	FORMATO SEGUIMIENTO DE PACIENTES COVID - CD CON SOPORTE DE NUMERO DE CASO/REGISTRO DE PACIENTES A SIDCRUE - REALIZACION HISTORIA CLINICA MANUAL
19	Apoyar a la Entidad en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra/institucionales	APOYO A LA CONTINGENCIA DE LA PANDEMIA POR COVID	FORMATO SEGUIMIENTO DE PACIENTES COVID - CD CON SOPORTE DE NUMERO DE CASO/REGISTRO DE PACIENTES A SIDCRUE - REALIZACION HISTORIA CLINICA MANUAL
20	Participar en la elaboración de respuestas a reclamaciones y requerimientos que se presenten en desarrollo de la atención que se obliga a prestar a los usuarios o pacientes que demanden el servicio	APOYO A LA CONTINGENCIA DE LA PANDEMIA POR COVID	FORMATO SEGUIMIENTO DE PACIENTES COVID - CD CON SOPORTE DE NUMERO DE CASO/REGISTRO DE PACIENTES A SIDCRUE - REALIZACION HISTORIA CLINICA MANUAL
21	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	APOYO A LA CONTINGENCIA DE LA PANDEMIA POR COVID	FORMATO SEGUIMIENTO DE PACIENTES COVID - CD CON SOPORTE DE NUMERO DE CASO/REGISTRO DE PACIENTES A SIDCRUE - REALIZACION HISTORIA CLINICA MANUAL
22	Notificar los sucesos de seguridad que se presenten durante el proceso de atención, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio	APOYO A LA CONTINGENCIA DE LA PANDEMIA POR COVID	FORMATO SEGUIMIENTO DE PACIENTES COVID - CD CON SOPORTE DE NUMERO DE CASO/REGISTRO DE PACIENTES A SIDCRUE - REALIZACION HISTORIA CLINICA MANUAL
23	Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente	APOYO A LA CONTINGENCIA DE LA PANDEMIA POR COVID	FORMATO SEGUIMIENTO DE PACIENTES COVID - CD CON SOPORTE DE NUMERO DE CASO/REGISTRO DE PACIENTES A SIDCRUE - REALIZACION HISTORIA CLINICA MANUAL
24	Instruir a la comunidad sobre la prevención de las enfermedades propias de su especialidad	APOYO A LA CONTINGENCIA DE LA PANDEMIA POR COVID	FORMATO SEGUIMIENTO DE PACIENTES COVID - CD CON SOPORTE DE NUMERO DE CASO/REGISTRO DE PACIENTES A SIDCRUE - REALIZACION HISTORIA CLINICA MANUAL
25	Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones, comités y eventos a los cuales sea convocado	APOYO A LA CONTINGENCIA DE LA PANDEMIA POR COVID	FORMATO SEGUIMIENTO DE PACIENTES COVID - CD CON SOPORTE DE NUMERO DE CASO/REGISTRO DE PACIENTES A SIDCRUE - REALIZACION HISTORIA CLINICA MANUAL
26	Informar al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de sus obligaciones	APOYO A LA CONTINGENCIA DE LA PANDEMIA POR COVID	FORMATO SEGUIMIENTO DE PACIENTES COVID - CD CON SOPORTE DE NUMERO DE CASO/REGISTRO DE PACIENTES A SIDCRUE - REALIZACION HISTORIA CLINICA MANUAL
27	Cumplir oportunamente las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demás solicitudes de la Supervisión y de la Oficina de Garantía de Calidad	APOYO A LA CONTINGENCIA DE LA PANDEMIA POR COVID	FORMATO SEGUIMIENTO DE PACIENTES COVID - CD CON SOPORTE DE NUMERO DE CASO/REGISTRO DE PACIENTES A SIDCRUE - REALIZACION HISTORIA CLINICA MANUAL
28	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	APOYO A LA CONTINGENCIA DE LA PANDEMIA POR COVID	FORMATO SEGUIMIENTO DE PACIENTES COVID - CD CON SOPORTE DE NUMERO DE CASO/REGISTRO DE PACIENTES A SIDCRUE - REALIZACION HISTORIA CLINICA MANUAL
29	Todas las demás inherentes o necesarias para la correcta prestación del servicio. 30. Estar afiliado al Sistema General de Seguridad Social y acreditar inscripción en el RETHUS Y MIPRES. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato	APOYO A LA CONTINGENCIA DE LA PANDEMIA POR COVID	FORMATO SEGUIMIENTO DE PACIENTES COVID - CD CON SOPORTE DE NUMERO DE CASO/REGISTRO DE PACIENTES A SIDCRUE - REALIZACION HISTORIA CLINICA MANUAL

Observaciones: **Horas Certificadas: 24 Horas**	Héctor Mujica **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.** 1.022.373.070 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	LORENZA BECERRA CAMARGO
CARGO:	DIRECTORA GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD
FIRMA	

Cuenta de cobro 001 - 2021

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

Nit. 900.959.051-7

DEBE A:

HECTOR ANDRES MOJICA

C.C. 1.022.373.070 de Bogotá

LA SUMA DE:

Setecientos sesenta y ocho mil pesos

($ 768.000)

Por concepto de:

- Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No **PS 6858 de 2021** correspondiente del 27 agosto al 31 de agosto de 2021

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN MEDICINA II DE APOYO A LA GESTION PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION GESTION INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Cordialmente,

Héctor Mojica

HECTOR ANDRES MOJICA BONZA

C.C. 1.022.373.070

Teléfono: 3217709423

No Cuenta: 63998111821 ahorros BANCOLOMBIA

Fecha: 30/septiembre/2021

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14776474865

(415)7707212489984(8020) 000001477647486 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 2 2 3 7 3 0 7 0	7	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 2 2 3 7 3 0 7 0	2 0 1 0 0 1 1

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MOJICA	BONZA	HECTOR	ANDRES

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sig...

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0

41. Dirección principal: CR 8 C 188 95 TO 2

42. Correo electrónico: hectormojica23@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	9 2 1 8 9 0 4	3 1 2 5 6 8 9 8 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 2 1	2 0 1 8 0 7 1 1	8 2 9 9	2 0 2 1 0 8 0 9					

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código 2 0																									

20- Obtención NIT

Obligados aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código									
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovació

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2021 - 08 - 10 / 11 : 01: 38

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre MOJICA BONZA HECTOR ANDRES
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

compensar | salud eps

EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) HECTOR ANDRES MOJICA BONZA identificado(a) con cedula ciudadania 1.022.373.070, se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente contrato de prestación según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20210303	No Registrada

Beneficiarios:

Nombre Beneficiario	Paren.	Identificación	Tipo de Identificación	Fecha de Afiliación	Fecha de Retiro	Estado Afiliación
LUZ ROMELIA BONZA DE MOJICA	PD	41711731	CC	20210125	No Registrada	Activo

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 13 días del mes de Septiembre de 2.021

Observaciones:

Con destino a:
A QUIÉN CORRESPONDA

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO
16795526

CER-AFI

VIGILADO Supersalud