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 7138 2021 | **C.D.P. No.:** | 2800 | **Proceso al que pertenece:** | MISIONAL- HOSPITALIZACION |
| | | | | **Unidad a la que pertenece:** | SAN BLAS |
| **Nombre del Contratista:** | KARINA JULIETH CASTRO MONTES | **C.C.** | 52.778.382 | **de:** | BOGOTÁ D.C |
| **Fecha Inicio:** | 2021-09-01 | **Fecha Terminación incial:** | 2021-12-31 | **Valor Mensual:** | $ 23.337.600 |
| **Valor a cobrar:** | $ 23.337.600 | | | | |

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

| Nº CTA | MES DE CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR | VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL | NÚMERO DE PLANILLA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | SEPTIEMBRE | $ 23.337.600 | $ 3.049.200 | 94242096928424644854 |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |

**Resumen de contrato**

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 95.472.000 | $ 95.472.000 | $ 23.337.600 | $ 72.134.400 |

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

**OBJETO DEL CONTRATO**

PRESTAR SERVICIOS COMO MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA DE APOYO A LA GESTION PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE HOSPITALIZACION DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. EN EL MARCO DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO DE DESEMPEÑO No 0003 DE 2021.

**Relación de actividades para el periodo:** **Desde:** 2021-09-01 **Hasta:** 2021-09-30

| | 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, 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. | Se ejecutaron 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, procuraran el mejoramiento de la salud del paciente, el uso racional del conocimiento médico y de los recursos disponibles. | Registros de historia clínica electrónica en el sistema de información Dinamica Gerencial Hospitalaria, firmadas electrónicamente con mis credenciales (usuario y contraseña). |
| 2 | Brindar una atencion en salud con oportunidad, integridad, suficiencia y pertinencia, en un ambiente de atencion personalizada y humanizada, cumpliendo con el principio de equidad y con enfasis en las actividades, procedimientos, protocolos, intervenciones y guias de atencion, de acuerdo a los estandares de habilitacion y acreditacion. | Los pacientes asignados fueron atendidos oportuna e integralmente, individualizando el plan de manejo en términos de suficiencia y pertinencia de acuerdo con las necesidades individuales, cumpliendo con el principio de equidad inherente a las actividades, procedimientos, protocolos, intervenciones y guias de atención institucionales para cumplir con los estándares de habilitación y procurando alcanzar los definidos para la acreditación. | Registros de historia clínica electrónica en el sistema de información Dinamica Gerencial Hospitalaria, firmadas electrónicamente con mis credenciales (usuario y contraseña). |
| 3 | Realizar las actividades según las necesidades de la subred dando cubertura en todas las unidades en donde se oferta el servicio y sea requerido | Las actividades programadas se desarrollaron según las necesidades de la subred, dando cubertura en todas las unidades donde fueron requeridos los servicios. | Cuadros de programación de actividades firmados por el referente de servicio y la dirección de hospitalización de la Subred |
| 4 | 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. | Se informó al paciente y su familia sobre la condición clínica, plan de manejo, atención y recomendaciones de egreso, preguntando a los usuarios sobre su satisfacción con los servicios prestados y resolviendo las inquietudes relacionadas con el proceso de atención. | Registros de historia clínica electrónica en el sistema de información Dinamica Gerencial Hospitalaria, firmadas electrónicamente con mis credenciales (usuario y contraseña). |
| 5 | Diligenciar el 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. | Las actividades, procedimientos e intervenciones desarrolladas quedan registradas en el módulo de historias clínicas del sistema de información Dinámica Gerencial Hospitalaria, de modo que es posible obtener los informes estadísticos que la institución requiera. Los mismos registros constituyen el insumo requerido en los procesos de costeo y facturación. | Registros de historia clínica electrónica en el sistema de información Dinamica Gerencial Hospitalaria, firmadas electrónicamente con mis credenciales (usuario y contraseña). |

Escaneado con CamScanner

| | | | |
|---|---|---|---|
| 20 | Asistir a las jornadas de capacitación, inducción, reuniones, comités y eventos a los cuales sea convocado. | Participé en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones, comités y eventos a los que fui convocado. | Capacitaciones y exámenes virtuales enviados desde correo electrónico: hospitalizacionsanblas@subredcentrooriente.gov.co |
| 21 | Informar al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de sus obligaciones. | Se informó al supervisor del contrato sobre las novedades presentadas durante el cumplimiento de mis obligaciones. | Reporte de novedades al supervisor de contrato a la dirección de correo electrónico institucional hospitalizacionsanblas@subredcentrooriente.gov.co |
| 22 | Facilitar las labores de supervisión que la SUBRED, realice en forma directa por la Subdirección de Servicios de Salud, la Oficina de Calidad y/o a través de terceros. | Mantuve comunicación permanente con el supervisor del contrato para facilitar las labores de verificación de cumplimiento de actividades y obligaciones. | Entrega de turno y Reporte de novedades al supervisor de contrato a la dirección de correo electrónico institucional hospitalizacionsanblas@subredcentrooriente.gov.co |
| 23 | Cumplir oportunamente las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demás solicitudes de la Supervisión y de la Oficina de Garantía de Calidad. | Se cumplió oportunamente con las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demás solicitudes de la Supervisión y de la Oficina de Garantía de Calidad. | Respuesta a comunicaciones del supervisor de contrato a la dirección de correo electrónico institucional hospitalizacionsanblas@subredcentrooriente.gov.co |
| 24 | Acreditar inscripción en el RETHUS Y MIPRES. | Se acredita la inscripción a RETHUS y MIPRES al inicio del contrato. | Documentos del proveedor en la plataforma del sistema electrónico de contratación pública "SECOP II" |
| 25 | Portar el carnet institucional de la SUBRED durante la ejecución de las actividades contractuales. | Se porta el carné de identificación institucional durante el desarrollo de las actividades asistenciales, de acuerdo con lo establecido según el área de servicio en cuanto a cumplimiento de medidas de bioseguridad. | Minutas de la empresa de seguridad. |
| 26 | Prestar el servicio de conformidad con la programacion de agendad acordada con el supervisor del contrato , para el desarrollo de sus actividades. | Se cumplió la programación de actividades agendaddas y acordadas con el supervisor del contrato | Cuadros de programación de actividades firmados por el referente de servicio y la dirección de hospitalización de la Subred y comunicación de novedades al supervisor de contrato enviadas al correo electrónico institucional hospitalizacionsanblas@subredcentrooriente.gov.co |
| 27 | Participar en las investigaciones y estudios especificos de casos tendientes a resolver causas y soluciones a problemas propios de su especialidad relacionados . Prestar sus servicios para el desarrollo de las actvidades en el marco del convenio interadministrativo de desempeño No 0003 de 2021 , suscrito entre el fondo financiero distrital de salud y la Subred integrada de servicios de salud Centro Oriente . Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato. | No se desarrollaron actividades de investigacion ni estudios especificos relacionados con mi especialidad. Se realizo la prestacion de servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del convenio interadministrativo de desempeño No 0003 de 2021. | No hay actividades de investigacion ni estudios especificos relacionados con mi especialidad. Se realizo la prestacion de servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del convenio interadministrativo de desempeño No 0003 de 2021. |

| | |
|---|---|
| **Observaciones:** | Kauna Castro<br>**Firma del Contratista** |
| Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL.<br>En caso de tener contrato nuevo se debe anexar también la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro | **C.C.** 52.778.382 **de** BOGOTÁ D.C |

| **VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS** | |
|---|---|
| **NOMBRE:** | EDGAR URIEL JARA HERRERA |
| **CARGO:** | LIDER UMHES SAN BLAS |
| **FIRMA** | |

Escaneado con CamScanner

**CASTRO MONTES**

Responsable de IVA
Persona Natural
Cra 80 C 66, Bogotá D.C., Bogotá, Colombia
Tel. 5488336

Autorización facturación electrónica No. 18764017975375 válida desde 2021-09-13 hasta 2022-03-13 rango desde FE29 hasta FE1000

| DATOS DEL CLIENTE | |
|---|---|
| | 900959051 |
| Cliente | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE |
| Dirección | CL 34 36 11, Bogotá, D.C., Bogotá, Colombia |
| Celular | 3444484 |
| Email | recepcionfacturasservicios@subredcentrooriente.gov.co |

| FACTURA DE VENTA NACIONAL | |
|---|---|
| No. de Factura | FE29 |
| Fecha Emisión | 13/09/2021 21:40:28 |
| Fecha Vencimiento | 13/10/2021 |
| Moneda | COP Colombia, Pesos |
| Tipo de Venta Factura | Crédito |
| | Transferencia Débito Bancaria |
| Fecha de Pago | 13/10/2021 |
| Duración (días) | 1 |

| # | Código | Descripción | U. Medida | Cantidad | Precio U. | IVA | Dcto. | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 85100000-0 | MEDICINA INTERNA<br>Honorarios por horas realizadas en intermedios y medicinainterna del 1 de Septiembre al 30 de Septiembre. | WSD | 264,00 | $88.400,00 | | 0,00 | $23.337.600,00 |

| Impuesto | Base | Tarifa | Importe |
|---|---|---|---|

| | |
|---|---|
| | $23.337.600,00 |
| | $0.00 |
| | $0.00 |
| Total | $23.337.600,00 |

| | |
|---|---|
| Valor en letras | (veintitres millones trescientos treinta y siete mil seiscientos pesos ) |
| | |

sta factura es un título valor de acuerdo al art. 774 del C.C. y una vez aceptada declara haber recibido los bienes y servicios a satisfacción.

epresentación Gráfica de la Factura de Venta.

Software: e-Factura Proveedor tecnológico: cadena s.a. Nit. 890.930.534-0

Escaneado con CamScanner

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 52778382 | | CASTRO MONTES KARINA JULIETH | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CALLE 25D No 80c-66 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 5488336 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2021-08 | 2021-08 | 1114095080 | 9424209692 | I | 2021/09/20 | 2021/09/01 | BANCO DAVIVIENDA | 0 | $2,981,500 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $1,587,100 | $0 | $0 | $1,587,100 |
| COLPENSIONES | 25-14 | 900,336,004 | 7 | 1 | $1,587,100 | $0 | $0 | $1,587,100 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $227,500 | $0 | $0 | $227,500 |
| ARL SURA | 14-11 | 890,903,790 | 5 | 1 | $227,500 | $0 | $0 | $227,500 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $1,166,900 | $0 | $0 | $1,166,900 |
| SANITAS | EPS005 | 800,251,440 | 6 | 1 | $1,166,900 | $0 | $0 | $1,166,900 |
| TOTAL | | | | 1 | $2,981,500 | $0 | $0 | $2,981,500 |

ARL: 232.570 TOTAL: 232.600
SALUD: 1'193.400 TOTAL: 1'193.400
PENSIÓN: 1'623.024 TOTAL: 1'623.200

Escaneado con CamScanner

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 52778382 | | CASTRO MONTES KARINA JULIETH | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CALLE 25D No 80c-66 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 5488336 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2021-08 | 2021-08 | 1114095080 | 9424209692 | I | 2021/09/20 | 2021/09/01 | BANCO DAVIVIENDA | 0 | $2,981,500 |

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

| EMPLEADO | | | | | PENSION | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | | Nombres | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Dias | IBC | Aporte |
| **Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | | **$9,335,040** | **$1,587,100** | | | **$9,335,040** | **$1,166,900** | | | **$0** | **$0** | | | **$9,335,040** | **$227,500** | | **$0** | **$0** |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)** | | | | | | $9,335,040 | $1,587,100 | | | $9,335,040 | $1,166,900 | | | $0 | $0 | | | $9,335,040 | $227,500 | | $0 | $0 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados) | | | | | | $9,335,040 | $1,587,100 | | | $9,335,040 | $1,166,900 | | | $0 | $0 | | | $9,335,040 | $227,500 | | $0 | $0 |
| 1 | CC | 52778382 | CASTRO KARINA | 25-14 | 30 | $9,335,040 | $1,587,100 | EPS005 | 30 | $9,335,040 | $1,166,900 | | 0 | $0 | $0 | 14-11 | 30 | $9,335,040 | $227,500 | 0 | $0 | $0 |
| **Total** | **Afiliados( 1)** | | | | | $9,335,040 | $1,587,100 | | | $9,335,040 | $1,166,900 | | | $0 | $0 | | | **$9,335,040** | **$227,500** | | **$0** | **$0** |

Escaneado con CamScanner

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 52778382 | | CASTRO MONTES KARINA JULIETH | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CALLE 25D No 80c-66 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 5488336 | No |

## DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2021-08 | 2021-08 | 1132923719 | 9424644854 | N | 2021/09/20 | 2021/09/16 | BANCO DAVIVIENDA | 0 | $67,700 |

## RESUMEN DE PAGO

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | | | | | |
| COLPENSIONES | 25-14 | 900,336,004 | 7 | 1 | $36,100 | $0 | $0 | $36,100 |
| | | | | 1 | $36,100 | $0 | $0 | $36,100 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | | | | | |
| ARL SURA | 14-11 | 890,903,790 | 5 | 1 | $5,100 | $0 | $0 | $5,100 |
| | | | | 1 | $5,100 | $0 | $0 | $5,100 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | | | | | |
| SANITAS | EPS005 | 800,251,440 | 6 | 1 | $26,500 | $0 | $0 | $26,500 |
| | | | | 1 | $26,500 | $0 | $0 | $26,500 |
| TOTAL | | | | 1 | $67,700 | $0 | $0 | $67,700 |

Escaneado con CamScanner