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 8029 2021 **C.D.P. No.:** 3728 **Proceso al que pertenece:** CONVENIO 0016- 2021
Unidad a la que pertenece: UMHES SANTA CLARA

Nombre del Contratista: LINA MARIA ALBA ROMERO **C.C.** 1.013.648.656 **de:** BOGOTA DC

Fecha Inicio: 2021-11-19 **Fecha Terminación incial:** 2022-01-15 **Valor Mensual:** $ 6.312.096 **Valor a cobrar:** $ 2.782.752

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				
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	NOVIEMBRE	$ 2.782.752	$ 302.500	54714032
2				
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
$ 11.992.982	$ 11.992.982	$ 2.782.752	$ 9.210.230

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 GESTIÓN PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E CONVENIO 016 2021.

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2021-11-19 **Hasta:** 2021-11-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCION DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Atender a consulta a cada uno de los miembros del hogar que se encuentren en la vivienda	VALORACION DE PACIENTES EN SU DOMICILIO	REGISTRO EN HISTORIA CLINICA
2	Cumplir con 4 visitas efectivas diarias	VALORACION DE TODOS Y CADA UNO DE LOS PACIENTES QUE CONFORMEN GRUPOS FAMILIARES EN CADA MANZANA ASIGNADA	ENTREGA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO, INFORME DIARIO A GESTORAS
3	Calizar la caracterización de los riesgos sociales y de salud de la familia con base en las preguntas que aparecen en el formulario de recolección de información y los identificados en la consulta diagnóstica (Historia Clínica Digital)	SE REALIZO RESUMENES DE HISTORIAS CLINICAS, EPICRISIS U OTROS DOCUMENTOS ASISTENCIAS ADMINISTRATIVOS SEGÚN LO REQUIERA	REGISTRO EN HISTORIA CLINICA
4	Apoyar al auxiliar de enfermería en las mediciones y tamizajes necesarios para la identificación de riesgos en salud y la verificación de las condiciones de aseguramiento	SE REALIZA EXAMEN FISICO INTEGRAL PARA GENERACION DE DATOS Y ESTADISTICAS	REGISTRO EN HISTORIA CLINICA Y FICHAS DE CARACTERIZACION
5	Deberá registrar la consulta diagnostica y básica en la Historia Clínica Digital, refinando las conductas recomendadas, interconsulta o pruebas complementarias solicitadas, medicamentos formulados o pedidos para dispensación por parte de la Subred para afiliados a Capital Salud	SE IMPARTIO INSTRUCCIONES AL EQUIPO DE SALUD SOBRE LOS PROCEDIMIENTOS ORDENADOS AL PACIENTE	REGISTRO EN HISTORIA CLINICA
6	Hacer recomendaciones de conductas a seguir, tras la realización de la consulta médica	SE DAN RECOMENDACIONES VERBALES Y ESCRITAS A TODOS Y CADA UNO DE LOS PACIENTES VALORADOS	REGISTRO EN HISTORIA CLINICA
7	Verificar que los integrantes de la familia independientemente de su aseguramiento, accedan a las actividades individuales y familiares contempladas en la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud, acuerdo con los esquemas de atenciones individuales por momento de curso de vida	SE REALIZA INTERROGATORIO A CADA UNO DE LOS INTEGRANTES DE LAS FAMILIAS VALORADAS, EN CASO DE NO ACCEDAN A ESTAS ACTIVIDADES, SE REMITEN A CADA RIA	REGISTRO EN HISTORIA CLINICA
8	El médico debe referir el caso mediante la plataforma del Sistema Integral de Referencia y Contrareferencia-SIRC	SE REALIZO REPORTE EN PLATAFORMA SIRC SEGÚN REQUERIMIENTO	REGISTRO EN HISTORIA CLINICA Y PLATAFORMA SIRC
9	El médico deberá diligenciar las fichas de Modificación Individual o de acuerdo con el protocolo establecido por el Instituto Nacional de Salud y realizar a reporte correspondiente	SE DILIGENCIARON DE FORMA ADECUADA LOS FORMATOS O INSTRUMENTOS PROPIOS EN SU ACTUAR CON CRITERIOS DE LEGIBILIDAD	REGISTRO EN HISTORIA CLINICA
10	Participar activamente en el Comité de Cuidado Semana	SE REALIZO COMITE DE CUIDADO DE ACUERDO A LA PRIORIZACION DE LAS FAMILIAS PARA REALIZAR CONDUCTAS ADICIONALES EN CASO DE REQUERIRLAS	REGISTRO EN ACTAS
11	Apropiación de la guía operativa PRODUCTOS - Ficha familiarCaracterización Social y Ambiental por diligenciado el formato definido para tal fin. Registro de la consulta diagnóstica básica individual en la Historia Clínica Digital (remisiones a interconsultas, fórmulas médicas, de laboratorios y medios diagnósticos). Ficha de notificación individual de eventos de interés en salud pública, si se requiere Reporte de canalización a los usuarios afiliados a otra Entidad Administradora de Planes de Beneficios EAPB. diferente a Capital Salud EPS-S mediante plataforma Sistema Integral de Referencia y Contra referencia (SIRC) si se requiere . Entregar al geógrafo los mapas o rutas de campo una vez finalizada la manzana o ruta asignada Llevar cuenta del estado y del inventario del kit diagnóstico, con el fin de solicitar reposición de insumos y/o mantenimiento o calibración do los equipos y otras actividades que la subred requiera según la operatividad de AMED, Lineamientos para cumplimiento de metas y productos Cumplimiento del 100% de los productos estipulados en los lineamientos Técnicos de secretaria de Salud. CONVENIO 016 2021. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato	SE DILIGENCIARON DE FORMA ADECUADA LOS FORMATOS O INSTRUMENTOS PROPIOS EN SU ACTUAR CON CRITERIOS DE LEGIBILIDAD	REGISTRO EN HISTORIA CLINICA, CONSENTIMIENTO INFORMADO EN AZ ASIGNADO POR CADA EQUIPO BASE , ENTREGA DE MAPA CONO FECHA DE APERTURA Y CIERRE A GEOGRAFOS CON CONVENCIONES DESIGNADAS

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

Lina M. Alba R.
Firma del Contratista

C.C. 1.013.648.656 **de** BOGOTA DC

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	Edilsa Esther Maury Bello
CARGO:	Directora Técnica Servicios ambulatorios
FIRMA	

Cuenta de cobro (01) - 2021

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

Nit. 900.959.051-7

DEBE A:

LINA MARIA ALBA ROMERO
C.C. 1.013.648.656 de Bogotá DC

LA SUMA DE:

DOS MILLONES, SETESCIENTOS OCHENTA Y DOS MIL SETESCIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS M/CTE

($2.782.752)

Por concepto de:

Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No PS 8029 2021 de 2021 correspondiente al mes de **NOVIEMBRE** de 2021.

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN MEDICINA II DE APOYO A LA GESTIÓN PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E CONVENIO 016 2021.

Cordialmente.

Lina M. Alba R.

C.C. 1.013.648.656
TELÉFONO: 3118508514
DIRECCIÓN: CALLE 10 A SUR 10 A 11
NÚMERO DE CUENTA: 233-878111-33
BANCO: BANCOLOMBIA
FECHA DE GENERACIÓN DE CUENTA:30/11/2021

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	1013648656	LINA MARIA ALBA ROMERO	Calle 10 a sur 10 a 11	6007948	liinam.romero@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
2021-10	2021-10	I	16/11/2021	54714032	TOTAL A PAGAR	
					$302.500	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	122.200	0		0		0	0	0	0	122.200	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	156.400	0	0	0	0	0	0		156.400	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	23.900				23.900	0	0	23.900			239	23.900	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	122.200	122.200
Pensión	1	156.400	156.400
Riesgos Laborales	1	23.900	23.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	302.500	302.500

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	1013648656	LINA MARIA ALBA ROMERO	Calle 10 a sur 10 a 11	6007948	liinam.romero@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
2021-10	2021-10	I	16/11/2021	54714032	$302.500

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	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
CC	1013648656	ALBA ROMERO LINA MARIA	59	0			N								X									230201	977.357	156.400	0	0	0	0	EPS005	977.357	122.200	14-11	977.357	3	23.900		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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