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 CONTRATACIÓN**
**FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO**

**CÓDIGO: AP-IA-FT-014**
**VERSIÓN: 03**
**FECHA: 2021-12-27**

## 1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. CONTRATO - OPS:** | PS 3304 - 2022 | **C.D.P. No.:** | 105 | **Proceso que pertenece:** | DIRECCION DE HOSPITALIZACION |
| | | | | **Servicio al que pertenece:** | HOSPITALIZACION |
| | | | | **Unidad a la que pertenece:** | USS JORGE ELIECER GAITAN |

**Nombre del Contratista:** PAULA ANDREA NAVARRETE SOSA **C.C.** 1,014,253,710 **de:** BOGOTA

**Fecha Inicio:** 2022-02-01 **Fecha Terminación inicial:** 2022-04-30 **Valor Mensual:** $ 729.600 **Valor a cobrar:** $ 7.296.000

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

| N° CTA | MES DE CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR | VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL | NÚMERO DE PLANILLA | FECHA DE PAGO PLANILLA |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | FEB-22 | $ 7.296.000 | $ 974.300 | 7826519268 | 10/02/2022 |
| 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 |
|---|---|---|---|
| $ 23.616.000 | $ 23.616.000 | $ 7.296.000 | $ 16.320.000 |

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

**OBJETO DEL CONTRATO**

**Relación de actividades para el periodo:** **Desde:** 2022-02-01 **Hasta:** 2022-02-28

| | 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 | Se realizaron lac actividades y procedimientos diagnosticos señalados para el manejo de patologias establecidas dentro del plan de atencion de su profesion | HISTORIA CLINICA |
| 2 | Brindar una atención en salud con oportunidad, integridad, suficiencia 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 | Se brindo atencion en salud de calidad y de forma humanizada cumpliendo el principio de equidad y rigiendose bajo los estandares de acreditacion | HISTORIA CLINICA |
| 3 | Realizar las actividades según las necesidades de la subred dando cubertura en todas las Unidades en donde se presta el servicio y sea requerido | Se cumplieron las actividades corresponidientes a la unidad de la subred | HISTORIA CLINICA |
| 4 | Informar al paciente y su familia sobre la condición clínica, plan de manejo, atención y recomendaciones de egreso, generando un alto grado de satisfacción sobre los servicios prestados, resolviendo inquietudes relacionadas con el proceso de atención. | Se aclararon dudas a los familiares sobre diagnostico y atencion médica de forma clara y oportuna | DIALOGO HUMANIZACION - REVISTA MEDICA |
| 5 | Diligenciar los registros de las atenciones, procedimientos, actividades e intervenciones, que permita mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la normatividad vigente y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación | Se diligenciaron atenciones y se realizaron procedimientos de acuerdo a la normativa para mantener actualizacion en bases de datos estadisticos | REUNIONES CON EL LIDER |
| 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. | Se cumplieron las disposiciones legales correspondientes a la historia clinica | AUDITORIA DE 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. | Se impartieron instrucciones al equipo de salud sobre los procesos ordenados al paciente | SOCIALIZACION DE INFORMACION CON EL EQUIPO DE TRABAJO |
| 8 | Emitir conceptos médicos que se requieran, realizar resúmenes de historia clínica, epicrisis u otros documentos asistenciales o administrativos que sean solicitados | Se emitieron conceptos medicos requeridos según la situacion | CONSTANCIAS MEDICAS |
| 9 | Diligenciar en forma completa, oportuna, sistematizada y legible (en los casos en que se presenten fallas del sistema), los formatos, la historias clínicas, consentimiento | Se diligenciaron correctamente los formatos de historia clinica y consentimientos informados según lo estipulado | HISTORIA CLINICA - FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO |
| 10 | Garantizar la debida reserva de la información del paciente y de los registros clínicos. | Se mantuvo el secreto medico de cada paciente | CONFIDENCIALIDAD DE LA HISTORIA CLINICA |
| 11 | Utilizar de manera adecuada los equipos, elementos e instalaciones y los recursos que la Subred aporte al desarrollo de las actividades contratadas y responder por su reposición | Se brindo un buen trato a las instalaciones de la unidad y a los recursos que la Subred ofrece | CAPACITACIONES |
| 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 | Se reportaron los eventos de acuerdo a la normatividad | REPORTE EN ALMERA Y SIVIGILA |
| 13 | El contratista deberá responder por la seguridad de los equipos que se encuentren bajo su custodia | Se garantizo el buen uso a los equipos brindados | FIRMA DE INVENTARIOS RECIBIDOS |
| 14 | Apoyar 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 | Se realizo def orma adecuada la elaboracion de respuestas a reclamaciones requeridas por el servicio | INTERCONSULTAS |
| 15 | Prestar el apoyo necesario para dar respuesta a objeciones iniciales evitando así que se genere Glosa Definitiva o procesos de Conciliación por parte de EAPB. | Se brindo el apoyo correspondiente con justificacion a cada uno de los requerimientos | HISTORIA CLINICA |
| 16 | Notificar los sucesos de seguridad que se presenten durante el proceso de atención al paciente y apoyar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de | Se notificaron e informaron al lider de la unidad los sucesos presentados según el area de atencion | REPORTE EN ALMERA Y SIVIGILA |
| 17 | Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente. | Se reporto los eventos de notificacion obligatoria con la oportunidad establecida por la normativa vigente | REPORTE EN ALMERA Y SIVIGILA |
| 18 | Apoyar las actividades de docencia de servicio en la revista médica u otro espacio dirigidas a los estudiantes y/o personal del servicio, para el desarrollo y formación del | Se brindo apoyo academico para los estudiantes rotando actualmente en la unidad | REVISTAS MEDICAS |
| 19 | Instruir a la comunidad sobre la prevención de las enfermedades | Se instruyo a la comunidad sobre enfermedades propias de su comunidad | RECOMENDACIONES DE SALIDA |
| 20 | Informar oportunamente al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de sus obligaciones | Se mantiene buena comunicación con el lider de la unidad para notificar cualquier evento | REUNION CON EL LIDER |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 21 | Facilitar las labores de supervisión, evaluación y control que la SUBRED realice en forma directa por la Subdirección de Servicios de Salud, la Oficina de Calidad y/o a | Facilitar la evaluacion y control de la Subred de forma directa | REUNION MENSUAL |
| 22 | Cumplir oportunamente las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demás solicitudes de la Supervisión y de la Oficina de Calidad. | Se cumplieron las recomendaciones y oportunidades de mejora según lo requerido | REUNION MENSUAL |
| 23 | Acreditar inscripción en el RETHUS, MIPRES y RUAF. | Se realizo la inscripcion correspondiente | MIPRES - RUAF |
| 24 | Prestar el servicio de conformidad con la programación de agenda acordada con el supervisor del contrato, para el desarrollo de sus actividades. | Se cumplio con la agenda programada según el supervisor del contrato | CUMPLIMIENTO CONTRATO |
| 25 | Participar en las investigaciones y estudios específicos de casos tendientes a resolver causas y soluciones a problemas. Contenidas en el formato de necesidad de personal que | Se participo de forma activa en las investigaciones y estudios requeridos | PARTICIPACION EN ACTIVIDADES A RESOLVER |

**Observaciones:**

**Nota:** Es deber contractual anexar la certificación del pago a Salud, pensión y ARL. En caso de tener contrato nuevo adjuntar el soporte de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud como cotizante y afiliación a pensión., Teniendo en cuenta que con la implementación del Decreto 1273 de 2018 el pago de aportes se hace de manera vencida de acuerdo con las fechas establecidas en el Decreto 1990 de 2016.

**Firma del Contratista**

**C.C.** 1,014,253,710 **de** BOGOTA

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 1 | |
|---|---|
| NOMBRE: | HECTOR JAVIER QUIÑONEZ ALBARRACIN |
| CARGO: | RECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO |
| FIRMA | |

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 2 | |
|---|---|
| NOMBRE: | GISELLE LINARES JIMENEZ |
| CARGO: | ENFERMERO CODIGO243 GRADO 20 |
| FIRMA | |

**Cuenta de cobro 001- 2022**

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

**Nit. 900.959.051-7**

**DEBE A:**

PAULA ANDREA NAVARRETE SOSA
C.C. 1.014.253.710 DE BOGOTA

**LA SUMA DE:**

**SIETE MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL PESOS M/CTE ($7.296.000)**

Por concepto de:

- Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No PS 3304 de 2022 correspondiente al mes de FEBRERO de 2022

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS DE ACUERDO A SU PERFIL ACADÉMICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES COMO MEDICO GENERAL, CON DISPONIBILIDAD EN CUMPLIMIENTO DE LA MISIÓN Y LA VISIÓN DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

**Cordialmente,**

PAULA ANDREA NAVARRETE SOSA
Teléfono: 3005788055 Dirección: Calle 68 No. 99-28
No Cuenta 055045820013033 4 ahorros Davivienda

Fecha: 28/FEB/2022

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1014253710 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | PAULA ANDREA NAVARRETE SOSA |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BOGOTA DISTRITO CAPITAL | DEPARTAMENTO: | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL |
| DIRECCIÓN: | CLL 68 # 99- 28 | TELÉFONO: | 3030257 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Otros trabajos de edición. |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

## DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **7826519268** | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES | |
| PERIODO COTIZACIÓN | MES: enero | PERIODO COTIZACIÓN | | MES: | enero |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: 2022 | SALUD: | | AÑO: | 2022 |
| DÍAS DE MORA: | 0 | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2022/02/10 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 1321315537 | |

## LIQUIDACIÓN GENERAL

| | | | TOTALES | |
|---|---|---|---|---|
| | | | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| **PENSIÓN** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 900336004 | 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 1 | $ 503.900 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 503.900** |
| **SALUD** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 860066942 | EPS008 | EPS008-COMPENSAR | 1 | $ 393.600 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 393.600** |
| **RIESGOS PROFESIONALES** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 890903790 | 14-11 | 14-11 - ARL SURA | 1 | $ 76.800 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 76.800** |

| | |
|---|---|
| **TOTAL PAGADO:** | **$ 974.300** |

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14800414778

(415)7707212489984(8020) 000001480041477 8

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1014253710 | 9 | Impuestos de Bogotá 32 | |

## 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 13 | 1014253710 | 2012 04 26 |

| Lugar de expedición / 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 169 | Bogotá D.C. 11 | Bogotá, D.C. 001 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| NAVARRETE | SOSA | PAULA | ANDREA |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 169 | Bogotá D.C. 11 | Bogotá, D.C. 001 |

41. Dirección principal: CL 68 99 28

42. Correo electrónico: paula-navarrete@juanncorpas.edu.co

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3005788055 | |

## 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 |
| 8621 | 2018 03 07 | | | | | | | |

### 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 20 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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 renovación**

### Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2022 - 02 - 14 / 08 : 24: 52

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 NAVARRETE SOSA PAULA ANDREA
985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO