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-1A-FT-014
VERSIÓN: 03
FECHA: 2021-12-27

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS3434 2022	**C.D.P. No.:**	105	**Proceso que pertenece:**	MISIONAL
				Servicio al que pertenece:	CONSULTA EXTERNA
				Unidad a la que pertenece:	CAPS OLAYA

Nombre del Contratista: ADRIANA ALICIA MORALES CUESTAS **C.C.** 52,470,216 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2022-02-17 **Fecha Terminación inicial:** 2022-04-30 **Valor Mensual:** $ 1,838,550 **Valor a cobrar:** $ 1,838,550

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 425,000	992	2022-05-01	2022-05-31
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	FECHA DE PAGO PLANILLA
1	FEBRERO	$ 1,700,000	$ 309,400	1042885402	04/02/2022
2	MARZO	$ 1,870,000	$ 309,400	1043662350	02/03/2022
3	ABRIL	$ 1,530,000	$ 309,400	1044330213	04/04/2022
4	MAYO	$ 1,838,550	$ 309,400	1045118859	05/05/2022
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 6,630,000	$ 7,055,000	$ 6,938,550	$ 116,450

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO DE MANERA PERSONAL Y AUTONOMA , EN SU CONDICION DE ODONTOLOGO PARA LA EJECUCION DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LOS PROCESOS DE GESTION CONSULTA EXTERNA , CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE LA SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2022-05-01 **Hasta:** 2022-05-31

	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 4 actividades por hora o 3 sesiones por hora enmarcada de los parametros de calidad definidos en la norma vigenete, acogiendose a los protocolos, guias y demás lineamientos establecidos para el ejercicio de la profesion	Diligenciar las historias clinicas de acuerdo a la normatividad vigente y los procedimientos establecidos	Evidencia encontrada en sistema por facturacion
2	Realizar el diligenciamiento de la historia clinica, consentimiento informado, RIPS y demas registros conforme a la normatividad vigente	Dilgenciar y entrar oportunamente los formatos de notificacion	Entrega diaria de RIPS
3	Apoyar la atencion de las auditorias internas y externas presentando la informacion y/o soportes que soliciten y que correspondan al objeto y/o actividades contractuales	Referencia y contrareferencia de pacientes de	Manejo diario de protocolos de bioseguridad
4	Reportar los eventos de notificacion obligatoria con la oprtunidad establecida en la normatividad vigente	referencia y contra referencia de pacientes de conformidad con los procedimientos establecidos	Se realizan remisiones segun requerimiento
5	Notificar lo sucesos de calidad que se presenten en el servicio, participar en los analisis a los que sea convocado e innplementar las acciones de mejora definidas para el servicio	Aplicar las normas, guias y protocolos de garanticen la adecuada prestacion de los servicios	Entrega de formato SISVESO segun requerimiento de la suubred
6	Desarrollar las actividades para el fortalecimiento de los centros de atencion primarios (CAPS.)	Ejecutar los planes de mejora realizados por cada centro de atencion primario (CAPS)	Llevar a cabo todas aquellas opciones pendientes al mejoramiento de la atencion
7	Apoyar actividades relacionadas con el proceso de acreditacion de la subred de servicios de salud centro oriente ESE. contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato	Participar de las actividades que se requieran para el cumplimiento de los requisitos de acreditacion	Participacion en actividades a desarrollar por el equipo de acreditacion
8			

Observaciones:
105 Hrgs

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. 52,470,216 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 1	
NOMBRE:	EDILSA ESTHER MAURY BELLO
CARGO:	DIRECTOR TECNICO
FIRMA	

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 2	
NOMBRE:	NELSON MALDONADO
CARGO:	ODONTOLOGO
FIRMA	

Cuenta de cobro (04) - 2022

FECHA 31/05/2022

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

Nit. 900.959.051-7

DEBE A:
ADRIANA ALICIA MORALES CUESTAS

C.C. 52.470.216 de Bogotá

LA SUMA DE:

UN MILLÓN OCHOCIENTOS TREINTA Y OCHO MIL QUINIENTOS CINCUENTA PESOS ($ 1.838.550)

Por concepto de:

- Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No PS 3434 de 2022 correspondiente del 1 al 31 de mayo de 2022.

OBJETO: 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.

Cordialmente,

ADRIANA ALICIA MORALES CUESTAS
C.C: 52.470.216
Teléfono: 3008949672
Dirección:KRA 78 F 44A 04 SUR
Número de cuenta: 007590301078
Tipo de cuenta:CUENTA DE AHORROS
Banco: DAVIVIENDA
Fecha de generación de cuenta: 23-06-2005

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2022-05-05, 03:31:07 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1045118859

Periodo Cotización: mayo de 2022 **Periodo Servicio:** mayo de 2022 **Referencia pago (PIN):** 8816209960

PAGADO 05/05/2022

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ADRIANA ALICIA MORALES CUESTAS		
Documento	CC52470216	**Dirección**	CR78 F 44 A 04 SUR
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3008949672
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	SEGUROS BOLIVAR

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																	Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Apo Minis
C 52470216	ADRIANA ALICIA MORALES CUESTAS	59	00																0	30	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	$ 1.000.000	$ 160.000	(EPS010) EPS SURA	$ 1.000.000	$ 125.000	2,436	$ 1.000.000	$ 24.400	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.000.000	$ 1.000.000	$ 1.000.000	$ 0	$ 160.000	$ 125.000	$ 24.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 309.400	$ 0	$ 309.400

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.