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
VERSIN: 03
FECHA: 2021-12-27

## 1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| No. CONTRATO - OPS: | PS 3344 2022 | C.D.P. No.: | 105 | Proceso que pertenece: | MISIONAL |
| | | | | Servicio al que pertenece: | URGENCIAS |
| | | | | Unidad a la que pertenece: | UMHES SAN BLAS |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nombre del Contratista: | LAURA JULIANA WILCHES SALAMANCA | C.C. | 1.018.480.552 | de: | BOGOTA D.C | | |
| Fecha Inicio: | 2022-02-01 | Fecha Terminación incial: | 2022-04-30 | Valor Mensual: | $ 7.341.840 | Valor a cobrar: | $ 8.565.480 |

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | $ 3.251.160 | 1287 | 1/05/2022 | 10/05/2022 |
| 2 | $ 5.438.400 | 0 | 11/05/2022 | 31/05/2022 |
| 3 | $ 0 | 0 | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |

| Nº CTA | MES DE CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR | VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL | NÚMERO DE PLANILLA | FECHA DE PAGO PLANILLA |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | FEBRERO | $ 7.128.000 | $ 882.100 | 1307867682 | 1/02/2022 |
| 2 | MARZO | $ 7.128.000 | $ 882.100 | 57258505 | 4/03/2022 |
| 3 | ABRIL | $ 7.524.000 | $ 882.100 | 1396359439 | 4/04/2022 |
| 4 | MAYO | $ 8.565.480 | $ 931.200 | 1441961106 | 4/05/2022 |
| 5 | | | | | |
| 6 | | | | | |
| 7 | | | | | |
| 8 | | | | | |

| Resumen de contrato | VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|---|
| | $ 21.384.000 | $ 30.073.560 | $ 30.345.480 | $ 0 |

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

**OBJETO DEL CONTRATO**

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE 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 | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 1 | Realizar las actividades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos determinados dentro del plan de manejo de su especialidad, de una manera oportuna y pertinente | Realicé las actividades, procedimientos diagnósticos y terapeuticos determinados dentro del plan de manejo de su especialidad, de una manera oportuna y pertinente | Registro de historia clinica en el aplicativo Dinamica Gerencial |
| 2 | Brindar una atención en salud buscando los mejores estándares de oportunidad, integridad, suficiencia, continuidad y pertinencia, en un ambiente de atención personalizada y humanizada | Brindé una atención en salud buscando los mejores estándares de oportunidad, integridad, suficiencia, continuidad y pertinencia, en un ambiente de atención personalizada y humanizada | Registro de historia clinica en el aplicativo Dinamica Gerencial |
| 3 | Prestar sus servicios asistenciales respetando la autonomia institucional de la SUBRED, su visión, misión, estructura orgánica reglamentos administrativos, tecnicos, cientificos y disciplinarios, acogiendo las directrices institucionales | Presté mis servicios asistenciales respetando la autonomia institucional de la SUBRED, su visión, misión, estructura orgánica reglamentos administrativos, tecnicos, cientificos y disciplinarios, acogiendo las directrices institucionales | Registro de historia clinica en el aplicativo Dinamica Gerencial |
| 4 | Realizar las actividades segun las necesidades de la subred dando cobertura en todas las unidades en donde se oferta el servicio y sea requerido | Realicé las actividades según las necesidades de la subred dando cobertura en todas las unidades en donde se oferta el servicio y sea requerido | Registro de historia clinica en el aplicativo Dinamica Gerencial |
| 5 | Informar al paciente y su familia sobre la condición clinica, 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 | Informé al paciente y su familia sobre la condición clinica, 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 | Registro de historia clinica en el aplicativo Dinamica Gerencial |
| 6 | Llevar registro de las actividades, procedimientos e intervenciones, asi como mantener actualizados los informes estadisticos definidos por la institución y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturacion | Llevé registro de las actividades, procedimientos e intervenciones, mantuve actualizados los informes estadisticos definidos por la institución y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación | Registro de historia clinica en el aplicativo Dinamica Gerencial |
| 7 | Respetar los derechos del paciente, cumplir el codigo de etica médica y las disposiciones legales pertinentes propias de los servicios en donde se preste la atencion | Respeté los derechos del paciente, cumplí el código de ética médica y las disposiciones legales pertinentes propias de los servicios en donde se preste la atención | Registro de historia clinica en el aplicativo Dinamica Gerencial |
| 8 | 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 | Realicé el seguimiento y control a pacientes en los que se requirio mi participación e imparti instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados | Registro de historia clinica en el aplicativo Dinamica Gerencial |
| 9 | Emitir conceptos medicos que se le requieran, realizar resumenes de historia clinica, epicrisis u otros documentos asistenciales o administrativos que sean solicitados | Emiti conceptos médicos que se me requirieron, realicé resúmenes de historia clinica, epicrisis y otros documentos asistenciales o administrativos que fueron solicitados | Registro de historia clinica en el aplicativo Dinamica Gerencial |
| 10 | Diligenciar en forma completa, oportuna, sistematizada y legible (en los casos en que se presenten fallas del sistema, los formatos) de las historias clinicas, consentimiento informado, reportes de estudios y demás registros propios de su actuar, de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente, los procedimientos de auditoria y demás directrices relacionadas con el manejo de historias clinicas y respaldando todas las actuaciones realizadas al paciente con firma y sello | Diligencié en forma completa, oportuna, sistematizada y legible (en los casos en que se presentaron fallas del sistema) los formatos de las historias clinicas, consentimiento informado, reportes de estudios y demás registros propios de mi actuar, de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente, los procedimientos de auditoria y demás directrices relacionadas con el manejo de historias clinicas y respaldando todas las actuaciones realizadas al paciente con firma y sello | Registro de historia clinica de forma manual en los formatos respectivos que posteriormente fueron cargados en el aplicativo Dinamica Gerencial |
| 11 | Garantizar la debida reserva de la información del paciente y de los registros clinicos | Garanticé la debida reserva de la información del paciente y de los registros clinicos | Registro de historia clinica en el aplicativo Dinamica Gerencial |
| 12 | Garantizar la integridad y adecuado funcionamiento de los equipos, elementos e instalaciones, asi 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 manipulación de los mismos | Garanticé la integridad y adecuado funcionamiento de los equipos, elementos e instalaciones, asi 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 manipulación de los mismos | Registro en las actas de entrega de material de proteccion personal e insumos |
| 13 | Reportar al área de Recursos Fisicos – Activos Fijos de la SUBRED, los equipos de propiedad del contratista, que se destine a las actividades asistenciales | Reporté al área de Recursos Fisicos – Activos Fijos de la SUBRED, los equipos de mi propiedad, que se destiné a las actividades asistenciales | Registro en las actas de entrega de material de proteccion personal e insumos |
| 14 | Participar activamente en el desarrollo, implementación y cumplimiento de las politicas institucionales, sistema integrado de gestión, acreditacion, seguridad del paciente y demás actividades enmarcadas dentro del sistema obligatorio de garantia de la calidad | Participé activamente en el desarrollo, implementación y cumplimiento de las politicas institucionales, sistema integrado de gestión, acreditación, seguridad del paciente y demás actividades enmarcadas dentro del sistema obligatorio de garantia de la calidad | Registro de historia clinica en el aplicativo Dinamica Gerencial |
| 15 | Participar en las diferentes actividades del servicio, jornadas de capacitación, inducción, reuniones, comités y eventos a los cuales sea convocado | Participé en las diferentes actividades del servicio, jornadas de capacitación, inducción, reuniones, comités y eventos a los cuales fui convocado | Registro en las actas de asistencia a capacitaciones |
| 16 | Participar en la elaboración, actualización, implementacion y adherencia de guias, manuales, procedimientos y protocolos que apliquen al servicio | Participé en la elaboración, actualización, implementacion y adherencia de guias, manuales, procedimientos y protocolos que apliquen al servicio | Registro en las actas de asistencia a capacitaciones |
| 17 | Apoyar a la Entidad en las actividades que demande segun requerimientos interinstitucionales y extra institucionales | Apoyé a la Entidad en las actividades que demandó según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales | Registro en las actas de asistencia a capacitaciones |
| 18 | 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 | Participé en la elaboración de respuestas a reclamaciones y requerimientos que se presentaron en desarrollo de la atención que se obliga a prestar a los usuarios o pacientes que demandaron el servicio | Registro de historia clinica en el aplicativo Dinamica Gerencial |
| 19 | Prestar el apoyo necesario para dar respuesta a objeciones iniciales evitando asi que se genere Glosa Definitiva o procesos de Conciliación por parte de EPS-S-EAPB | Presté el apoyo necesario para dar respuesta a objeciones iniciales evitando asi que se genere Glosa Definitiva o procesos de Conciliación por parte de EPS-S-EAPB | Registro de historia clinica en el aplicativo Dinamica Gerencial |
| 20 | Notificar los sucesos de seguridad que se presenten durante el proceso de atención | Notifiqué los sucesos de seguridad que se presentaron durante el proceso de atención | Registro de historia clinica en el aplicativo Dinamica Gerencial |
| 21 | Participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio | Participé en los analisis a los que fui convocado e implemente las acciones de mejora definidas para el servicio | Registro de historia clinica en el aplicativo Dinamica Gerencial |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 22 | Reportar los eventos de notificacion obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente | Reporte los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente | Registro en las actas de asistencia a capacitaciones |
| 23 | Desarrollar 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 recurso humano en salud, si aplica | Desarrollé actividades de docencia de servicio en la revista médica y otro espacio dirigidas a los estudiantes y/o personal del servicio, para el desarrollo y formación del recurso humano en salud, si aplicaba | Registro de historia clínica en el aplicativo Dinamica Gerencial. |
| 24 | Instruir a la comunidad sobre la prevención de las enfermedades propias de su especialidad | Instruí a la comunidad sobre la prevención de las enfermedades propias de mi especialidad | Registro de historia clínica en el aplicativo Dinamica Gerencial |
| 25 | Informar al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de sus obligaciones | Informé al supervisor del contrato las novedades que afectaron el cumplimiento de mis obligaciones | Formatos de novedades de personal radicados en la oficina de la direccion de urgencias |
| 26 | 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 | Facilité 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 | Formatos de novedades de personal radicados en la oficina de la direccion de urgencias |
| 27 | Cumplir oportunamente las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demás solicitudes de la Supervision y de la Oficina de Garantía de Calidad | Cumplí oportunamente las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demas solicitudes de la Supervisión y de la Oficina de Garantia de Calidad | Formatos de novedades de personal radicados en la oficina de la direccion de urgencias |
| 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 | Acredité 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 mi favor | Presentacion de planilla mensual de aportes de seguridad social |
| 29 | Apoyar en la parte técnica las actividades de supervision de los contratos cuando estas sean asignadas | Apoye en la parte técnica las actividades de supervision de los contratos cuando estas sean asignadas | Registro en las actas de asistencia a capacitaciones |
| 30 | Cumplir con las actividades establecidas en el respectivo contrato, cumpliendo con las directrices establecidas por la institucion, en los casos de novedades informar con anticipación para el cubrimiento de sus actividades | Cumplí con las actividades establecidas en el respectivo contrato cumpliendo con las directrices establecidas por la institución | Registro de historia clinica en el aplicativo Dinamica Gerencial |
| 31 | Las demás asignadas por la supervisión del contrato, Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato | Cumplí las demás actividades asignadas por la supervisión del contrato | Notificacion de actividades de la supervision |

**Observaciones:**

**SIN NOVEDAD**

**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.** 1018.480.552 **de** **BOGOTA D.C**

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 1 | |
|---|---|
| **NOMBRE:** | **MARIA ANGELINA QUIÑONES SANDOVAL** |
| **CARGO:** | **DIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05** |
| **FIRMA** | |

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 2 | |
|---|---|
| **NOMBRE:** | **MARIA ANGELINA QUIÑONES SANDOVAL** |
| **CARGO** | **DIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05** |
| **FIRMA** | |

CUENTA DE COBRO No. 4

FECHA 31/05/2022

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD
CENTRO ORIENTE E.S.E.
Nit. 900.959.051.7

DEBE A:

LAURA JULIANA WILCHES SALAMANCA
C.C. 1.018.480.552

LA SUMA DE

OCHO MILLONES QUINIENTOS SESENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS OCHENTA PESOS ($8.565.480 )

Por concepto de **252 HORAS**, Honorarios por Prestación de Servicios en cumplimiento del Contrato No. **PS 3344 2022**, con afiliación a **ARL RIESGO 3** correspondiente al mes de **MAYO DE 2022**.

OBJETO: **PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.**

Cordialmente,



LAURA JULIANA WILCHES SALAMANCA
C.C. No. 1.018.480.552
Teléfono: 3102000370 DIRECCION: CALLE 25B # 32A - 48
N° DE CUENTA: 21900015809 CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 1 DE 1

## DATOS GENERALES

| TIPO | NUMERO | NOMBRE O RAZON SOCIAL | TIPO PRESENTACION | SUCURSAL / DEPENDENCIA | CODIGO |
|---|---|---|---|---|---|
| CC | 1018480552- | LAURA JULIANA WILCHES SALAMANCA | U ☑ C ☐ S ☐ D ☐ | | |

**PERIODOS DE COTIZACION**

| SALUD MES | SALUD AÑO | PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF MES | PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF AÑO |
|---|---|---|---|
| 2022 | 4 | 2022 | 586633( |

| NUMERO RADICACION | TIPO EMPRESA | CLASE DE APORTANTE | CODIGO ARL | CODIGO OPERADOR |
|---|---|---|---|---|
| | PUBLICA ☐ PRIVADA ☑ MIXTA ☐ | PEQUEÑO ☐ GRANDE ☐ INDEPENDIENTE ☑ | 14-11 | 83 |

| DIRECCION | CIUDAD/MUNICIPIO | CODIGO | DEPARTAMENTO | CODIGO | TELEFONO | FAX | CORREO ELECTRONICO | ACTIVIDAD ECONOMICA | VALOR NOMINA | TOTAL EMPLEADOS | FECHA DE PAGO (aaaa/mm/dd) | No. AUTORIZACION |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Calle 25B # 32A - 48 apto 212 | BOGOTÁ, D.C. | 11001 | BOGOTÁ, D. C. | 11 | 0000000 | 0000000 | jwilches72@gmail.com | 8621 | 0 | 1 | 2022/05/04 | 1441961106 |

## TOTAL APORTES DEL PERIODO A SALUD POR ADMINISTRADORA

| COD EPS | NIT EPS | COTIZACION OBLIGATOR | UPC ADICIONAL | INCAPACIDADES No.AUTOR | INCAPACIDADES VALOR | LIC.MATERNIDAD No.AUT | LIC.MATERNIDAD VALOR | NETO COTIZAC | DIAS MORA | INTERESES MORA OBL | INTERESES MORA UPC | SUBTOTAL COTIZACION | SUBTOTAL UPC ADIC. | No. RADIC SALDO A FAVOR | SALDO A FAVOR COTIZ OBLIG | SALDO A FAVOR UPC ADICIONAL | TOTAL A PAGAR | No. AFIL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS037 | 900156264-2 | 376.200 | 0 | | 0 | | 0 | 376.200 | 0 | 0 | 0 | 376.200 | 0 | | 0 | 0 | 376.200 | 1 |

## TOTAL APORTES DEL PERIODO A PENSIONES POR ADMINISTRADORA

| COD AFP | NIT AFP | COTIZ OBLIGAT | COTIZ VOL AFILIADO | COTIZ VOL APORTANT | FONDO SOLI PENS | DIAS MORA | INTERES MORA COTIZ | INTERES MORA FONDO | TOTAL A PAGAR | No. AFIL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 25-14 | 900336004-7 | 481.600 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 481.600 | 1 |

## TOTAL APORTES DEL PERIODO A CAJAS POR ADMINISTRADORA

| COD CCF | NIT CCF | VALOR APORTE | DIAS MORA | INTERESES MORA | TOTAL A PAGAR | No. AFIL. |
|---|---|---|---|---|---|---|

## TOTAL APORTES DEL PERIODO A ICBF Y SENA

| CONC | VALOR | DIAS MORA | INT MORA | TOTAL A PAGAR | No. AFIL. |
|---|---|---|---|---|---|
| ICBF | | | | | |
| 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| SENA | | | | | |
| 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

## NUMERO DE ADMINISTRADORAS REPORTADAS

| | |
|---|---|
| PENSIONES | 1 |
| SALUD | 1 |
| RIESGOS LABORALES | 1 |
| CAJAS DE COMPENSACION | 0 |
| OTRAS | 0 |
| TOTAL | 3 |

## TOTAL APORTES DEL PERIODO A RIESGOS LABORALES

| COD ARL | NIT ARL | COTIZ OBLIGAT | INCAPACIDADES No.AUTORIZ | INCAPACIDADES VALOR | APORTES OTROS RIESG | VALOR NETO COTIZACION |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 14-11 | 890903790-5 | 73.400 | | 0 | 0 | 73.400 |

| DIAS MORA | INTERES MORA COTI | SUBTOTAL APORT COTIZ | No. RADICAC SALDO A FAVOR | SALDO A FAVOR | FONDO SOLIDARIDAD | TOTAL A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 0 | 73.400 | | 0 | 734 | 73.400 |

## TOTAL APORTES DEL PERIODO A MIN. EDUCACION

| VALOR | DIAS MORA | INT MORA FONDO | TOTAL A PAGAR |
|---|---|---|---|
| | | | |

## TOTAL APORTES DEL PERIODO A ESAP

| VALOR | DIAS MORA | INT MORA FONDO | TOTAL A PAGAR |
|---|---|---|---|
| | | | |

## TOTAL A PAGAR POR TIPO ADMINISTRADORA

| TOTAL A PAGAR POR TIPO ADMINISTRADORA | ANTES DE IGE,IMA,RIP Y MORA | VALOR TOTAL |
|---|---|---|
| PENSIONES | 481.600 | 481.600 |
| SALUD | 376.200 | 376.200 |
| RIESGOS LABORALES | 73.400 | 73.400 |
| CCF | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 |
| MINISTERIO DE EDUCACION | 0 | 0 |
| GRAN TOTAL | 931.200 | 931.200 |

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