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 5019 -2023	C.D.P. No.:	774	Proceso que pertenece:	MISIONAL
				Servicio al que pertenece:	URGENCIAS
				Unidad a la que pertenece:	CAPS DIANA TURBAY

Nombre del Contratista: ANA ELIZABETH MOLINA SOSA C.C. 53.116.914 de: BOGOTA

Fecha Inicio: 2023-04-03 Fecha Terminación inicial: 2023-04-20 Valor Mensual: $ 6.348.060 Valor a cobrar: $ 7.406.070

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 9.815.408			
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO PLANILLA
1	ABRIL	$ 7.406.070	$ 799.300	66836990	45026
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 4.291.392	$ 14.106.800	$ 7.406.070	$ 6.700.730

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: 2023-04-01 Hasta: 2023-04-30

	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 terapeuticos determinados dentro del plan de manejo de su especialidad, de una manera	Realice las actividades, procedimientos diagnósticos y terapeuticos determinados dentro del plan de manejo de su especialidad, de una manera oportuna y	Registro de historia clinica en el aplicativo dinamica gerencial
2	Brindar una atención en salud buscando los mejores estándares de oportunidad,	Brinde una atención en salud buscando los mejores estándares de oportunidad,	Registro de historia clinica en el aplicativo
3	integridad, suficiencia, continuidad y pertinencia, en un ambiente de atención	integridad, suficiencia, continuidad y pertinencia, en un ambiente de atención	dinamica gerencial
4	Prestar sus servicios asistenciales respetando la autonomía institucional de la	Se direcciona los usuarios según el tipo de necesidad que tengan a los diferentes	Registro de historia clinica en el aplicativo
5	SUBRED, su visión, misión, estructura orgánica reglamentos administrativos,	procesos del Hospital tales como: Hospitalizacion y urgencias, Salud publica, Farmacia	dinamica gerencial
6	Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida	Preste mis servicios asistenciales respetando la autonomía institucional de la SUBRED,	Registro de historia clinica en el aplicativo
7	en la normatividad vigente	su visión, misión, estructura orgánica reglamentos administrativos, técnicos, científicos y	dinamica gerencial
8	Notificar los sucesos de calidad que se presenten en el servicio, participar en los	Consolidado mensual, semanal o diario según corresponda, Actividades realizadas por	Registro de historia clinica en el aplicativo
9	que lista a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas	meta programada del centro de atención	dinamica gerencial
10	Realizar las actividades de acuerdo a las necesidades de la sede el cual brinda cobertura en	Realice las actividades según las necesidades de la sub	Registro de historia clinica en el aplicativo
	todas las unidades en donde se ofrezca el servicio y sea	unidades en donde se ofrezca el servicio y sea requerido	dinamica gerencial
11	Informar al paciente y su familia sobre la condición clínica, plan de manejo	Informe al paciente y su familia sobre la condición clínica, plan de manejo, atención y	Registro de historia clinica en el aplicativo
12	atención y recomendaciones de egreso, conocer el grado de satisfacción sobre	recomendaciones de egreso, conocer el grado de satisfacción sobre los servicios	dinamica gerencial
13	Llevar registro de las actividades, procedimientos e intervenciones, así como	Se realizaron las actividades según las necesidade sde la Sub Red dando cobertura en	Registro de historia clinica en el aplicativo
14	mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la institución y	todas la unidades según necesidad	dinamica gerencial
15	Elaborar historia clínica y anexos a todo paciente atendido de acuerdo a la	Diligencie en forma completa, oportuna, sistematizada y legible la historia clínica del	Registro de historia clinica en el aplicativo
16	normatividad vigente y las políticas de la	paciente(en los casos en que se presenten fallas del sistema, los formatos)	dinamica gerencial
17	Apoyar actividades relacionadas con el proceso de acreditación de la Subred	Apoye a la entidad en las actividades que demando según requerimientos	Registro de historia clinica en el aplicativo
	Integrada de Servicios de Salud Centro oriente	interinstitucionales y extra institucionales.	dinamica gerencial

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 afiliado 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.

Ana E. Molina S.
Firma del Contratista
C.C. 53.116.914 de BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 1	
NOMBRE:	LUZ GUISELLE LINARES JIMENEZ
CARGO:	RECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO
FIRMA	

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 2	
NOMBRE:	LUZ GUISELLE LINARES JIMENEZ
CARGO:	RECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO
FIRMA	

CUENTA DE COBRO No. 1

FECHA: 30/04/2023

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

DEBE A:

ANA ELIZABETH MOLINA SOSA

C.C. 53116914

LA SUMA DE

SIETE MILLONES CUATROCIENTOS SEIS MIL SETENTA PESOS

($7.406.070)

Por concepto de **180 HORAS** Honorarios por Prestación de Servicios en cumplimiento del Contrato No. **PS 5019 2023**, con afiliación a ARL **RIESGO 3** correspondiente al mes de **ABRIL DE 2023.**

Objeto: PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN MEDICINA I 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.

Cordialmente,

Ana E. Molina S.

ANA ELIZABETH MOLINA SOSA
C.C. No. 53.116.914
Teléfono: 3114629328
Dirección: AV CARRERA 14 N.º 37-48 SUR APTO 201
N.º Cuenta: 4802008239
Tipo de cuenta: AHORROS
Nombre de la entidad: COLPATRIA
Fecha: 30/04/2023

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	53116914	ANA ELIZABETH MOLINA SOSA		DAG 36 SUR 1B-38	3142961220	liz0531@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

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
					TOTAL A PAGAR	
2023-03	2023-03	I	10/04/2023	66836990	$799.300	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	316.400	0		0		0	1	400	0	316.800	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	404.900	0	0	0	0	1	500	0	405.400	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	61.700				61.700	1	100	61.800			617	61.800	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	15.200	1	100	15.300	1

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	316.400	316.800
Pensión	1	404.900	405.400
Riesgos Laborales	1	61.700	61.800
CCF	1	15.200	15.300
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	798.200	799.300

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