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**		
	MACROPROCESO	ESTRATEGICO	**CÓDIGO:**ET-GT-CO-FT-003
	PROCESO	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	
	SUBPROCESO	CONTRATACIÓN OPS	**VERSIÓN:**01
	TIPO DE DOCUMENTO	FORMATO	
	NOMBRE	INFORME Y CUENTA DE COBRO OPS	**FECHA:** 2016-08-01

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: PS 1189 2018 **C.D.P. No.:** 6 **Proceso al que pertenece:** PROCESO ASISTENCIAL/PEDIATRIA **Unidad a la que pertenece:** LA VICTORIA-IMI

Nombre del Contratista: JULIO WILFREDO LEYTON BASTIDAS **C.C.** 79.395.358 **de:** 0

Fecha Inicio: 2018-01-10 **Fecha Terminación incial:** 2018-06-09 **Valor Mensual:** $ 4.752.000 **Valor a cobrar:** $ 4.752.000

ADICIÓN/ OTROSI	VALOR ADICION	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	ENERO	$ 4.752.000	$ 1.204.000	76794602 65
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 35.574.000	$ 35.574.000	$ 4.752.000	$ 30.822.000

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

OBJETO DEL CONTRATO

Prestar los servicios profesionales de medicina general para la ejecución de actividades asistenciales en los diferentes servicios de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente.

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2018-01-10 **Hasta:** 2018-01-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	Realizar examen, evaluacion, diagnostico y tratamiento medico de los	Realizo examen fisico estableciendo diagnostico y plan de manejo en las pacientes que atendio
2	Diligenciar en forma adecuada la historia clinica y toda la documentación	Diligencio la historia clinica siguiendo la resolucion 1995 y la guia del hospital
3	Realizar procedimientos médicos del servicio asignado y controlar los	Realizo los procedimientos asignados por el medico ginecoobstetra
4	Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad	Diligencio las fichas de notificacion en los casos que la normatividad lo solicita
5	Instruir a la comunidad sobre la promoción y prevención de las enfermedades	Realizo instrucción a la comunidad en actividades de promocion y prevencion de las enfermedades
6	Impartir instrucciones al personal técnico y auxiliar sobre los procedimientos	Lidero el equipo de atencipn en las pacientes que atendio
7	Asistir a las reuniones funcionales del servicio.	Ha asistido y participado activamente en las reuniones del servicio y del Hospital
8	Participar en la politica de uso adecuado de uso adecuado de antibióticos.	Conoce las guias y protocolos institucionales y los sigue en el manejo de pacientes
9	Participar en la revision y el ajuste del sistema de control de calidad en la	Participo activamente en le ajuste del sistema de control de la calidad.
10	Controlar y manejar complicaciones médicas si las hubiese.	Control las complicaciones en los casos que se presentaron.
11	0	0
12	0	0
13	0	0
14	0	0
15	0	0
16	0	0

Observaciones:

Se anexa certificación de pago a Salud, pension y ARL

Julio leyton

Firma del Contratista

C.C 79.395.358 **de** 0

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	PEDRO GONZALEZ CAÑON
CARGO:	PROFESIONAL AREA DE LA SALUD
FIRMA	

DR. JULIO WILFREDO LEYTON BASTIDAS

NIT. 79.395.358-3

MÉDICO GENERAL

UNIVERSIDAD NACIONAL

Actividad Económica 8621 tarifa 9.66 x 1000
Resolución DIAN No. 320001235859 del 2015 - 02 - 11
Autoriza del 001 al 200
Régimen Común Actividad Médica Exenta de IVA

FACTURA DE VENTA

Nº 53

FECHA FACTURA		
30	11	14

FECHA VENCIMIENTO		
D	M	A

Señor(es): Subred Centro Oriente — Nit o C.C.: 900959051-7

Dirección: Diag 34 # 5-43 — Teléfono: 3444484

CONCEPTO	VALOR TOTAL
Honorarios por prestacion de servicios como medico general en pediatria. 10-21	4752000
Son: Cuatro millones setecientos cincuenta y dos mil pesos — TOTAL: $	4752000

ESTA FACTURA DE VENTA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO SEGÚN ART. 774 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

FIRMA AUTORIZADA

FIRMA Y SELLO CLIENTE

Julio Leyton

C.C. o NIT.

Fecha de Recibido: D M A

Calle 47 A No. 28-19 Apto 202 - Teléfono 370 18 15 - E-mail: wil_leyton07@hotmail - BOGOTÁ, D.C, - COLOMBIA

SOI

PLANILLA [illegible] AUTOLIQUIDACIÓN **APORTES**
[illegible] PAGO

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA [illegible]	CIUDADANÍA NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	79395358
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			JULIO WILFREDO LEYTON BASTIDAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA [illegible]	CAPITAL DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE [illegible]	TELÉFONO:	3701815
TIPO APORTANTE:	[illegible]	DEPENDIENTE CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:		PRIMARIA ACTIVIDAD ECONOMICA:	Personas Naturales sin Actividad
FORMA DE PRESENTACIÓN:		UNIDO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORT [illegible]		E IGE [illegible] RÉGIMEN TRIBUTARIA):	NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
NÚMERO PLANILLA:		[illegible] PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN		[illegible] COTIZACIÓN	MES: enero
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO	20[illegible] SALUD	AÑO: 2018
DÍAS DE MORA:			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		[illegible] NÚMERO AUTORIZACIÓN:	306654626

[illegible] [illegible]

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
[illegible]				
NIT	CÓDIGO			
900336004	2[illegible]	25-14 COLPEN[illegible]	1	$ 680.000
			1	**$ 680.000**
[illegible]				
NIT	CÓDIGO			
800251440	[illegible]	EPS005-SANI[illegible]	1	$ 500.000
			1	**$ 500.000**
[illegible]				
NIT	CÓDIGO			
890000381	[illegible]	CCF43-COMFE[illegible]	1	$ 24.000
			1	**$ 24.000**

$ 1.204.000

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	79395358
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			JULIO WILFREDO LEYTON BASTIDAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 47A 28 19 APTO 202	TELÉFONO:	3701815
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Personas Naturales sin Actividad
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7680131828**		TIPO DE PLANILLA:		N-CORRECCIONES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	enero	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	enero
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2018	SALUD:	AÑO:	2018
DÍAS DE MORA:		3			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2018/01/19	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		308945087

NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	7679460265	FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	2018/01/10

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 0
SUBTOTAL:			1	**$ 0**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	$ 0
SUBTOTAL:			1	**$ 0**
CAJA DE COMPENSACIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
890000381	CCF43	CCF43-COMFENALCO QUINDIO	1	$ 0
SUBTOTAL:			1	**$ 0**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800256161	14-28	14-28-SURATEP-AGRICOLA	1	$ 146.600
SUBTOTAL:			1	**$ 146.600**

TOTAL PAGADO:	**$ 146.600**

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**		
	MACROPROCESO	ESTRATÉGICO	**CÓDIGO:**ET-GT-CO-FT-003
	PROCESO	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	
	SUBPROCESO	CONTRATACIÓN OPS	**VERSIÓN:**01
	TIPO DE DOCUMENTO	FORMATO	
	NOMBRE	INFORME Y CUENTA DE COBRO OPS	**FECHA:** 2016-08-01

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: PS 1189 2018 **C.D.P. No.:** 6 **Proceso al que pertenece:** PROCESO ASISTENCIAL/PEDIATRIA **Unidad a la que pertenece:** LA VICTORIA-IMI

Nombre del Contratista: JULIO WILFREDO LEYTON BASTIDAS **C.C.** 79.395.358 **de:** 0

Fecha Inicio: 2018-01-10 **Fecha Terminación incial:** 2018-06-09 **Valor Mensual:** $ 3.762.000 **Valor a cobrar:** $ 3.762.000

ADICIÓN/ OTROSI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	ENERO	$ 4.752.000	$ 1.204.000	7679460265
2	FEBRERO	$ 3.762.000	$ 1.925.800	7682656881
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 35.574.000	$ 35.574.000	$ 8.514.000	$ 27.060.000

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

OBJETO DEL CONTRATO

Prestar los servicios profesionales de medicina general para la ejecución de actividades asistenciales en los diferentes servicios de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente.

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2018-02-01 **Hasta:** 2018-02-28

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	Realizar examen, evaluacion, diagnostico y tratamiento medico de los	Realizo examen fisico estableciendo diagnostico y plan de manejo en las pacientes que atendio
2	Diligenciar en forma adecuada la historia clinica y toda la documentación	Diligencio la historia clinica siguiendo la resolucion 1995 y la guia del hospital
3	Realizar procedimientos médicos del servicio asignado y controlar los	Realizo los procedimientos asignados por el medico ginecoobstetra.
4	Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad	Diligencio las fichas de notificacion en los casos que la normatividad lo solicita
5	Instruir a la comunidad sobre la promoción y prevención de las enfermedades.	Realizo instrucción a la comunidad en actividades de promocion y prevencion de las enfermedades
6	Impartir instrucciones al personal técnico y auxiliar sobre los procedimientos	Lidero el equipo de atencipn en las pacientes que atendio
7	Asistir a las reuniones funcionales del servicio.	Ha asistido y participado activamente en las reuniones del servicio y del Hospital.
8	Participar en la politica de uso adecuado de uso adecuado de antibióticos.	Conoce las guias y protocolos institucionales y los sigue en el manejo de pacientes.
9	Participar en la revisión y el ajuste del sistema de control de calidad en la	Participo activamente en le ajuste del sistema de control de la calidad.
10	Controlar y manejar complicaciones médicas si las hubiese.	Control las complicaciones en los casos que se presentaron.
11	0	0
12	0	0
13	0	0
14	0	0
15	0	0
16	0	0

Observaciones:

Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL.

Julio Leyton

Firma del Contratista

C.C 79.395.358 **de** 0

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	PEDRO GONZALEZ CAÑON
CARGO:	PROFESIONAL AREA DE LA SALUD
FIRMA	

SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	79395358
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	JULIO WILFREDO LEYTON BASTIDAS		LEYTON BASTIDAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 47A 28 19	TELÉFONO:	3701815
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Personas Naturales sin Actividad
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7682656881**	TIPO DE PLANILLA:	Y-INDEPENDIENTES EMPRESAS		
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	febrero	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	febrero
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2018	SALUD:	AÑO:	2018
DÍAS DE MORA:		6			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2018/02/20	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		316172937

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 1.025.100
SUBTOTAL:			1	**$ 1.025.100**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	$ 753.700
SUBTOTAL:			1	**$ 753.700**
CAJA DE COMPENSACIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
890000381	CCF43	CCF43-COMFENALCO QUINDIO	1	$ 30.200
SUBTOTAL:			1	**$ 30.200**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800256161	14-28	14-28-SURATEP-AGRICOLA	1	$ 147.000
SUBTOTAL:			1	**$ 147.000**

TOTAL PAGADO:	**$ 1.956.000**

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**		
	MACROPROCESO	ESTRATEGICO	**CÓDIGO:**ET-GT-CO-FT-003
	PROCESO	GESTION DEL TALENTO HUMANO	
	SUBPROCESO	CONTRATACION OPS	**VERSIÓN:**01
	TIPO DE DOCUMENTO	FORMATO	
	NOMBRE	INFORME Y CUENTA DE COBRO OPS	**FECHA:** 2016-08-01

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: PS 1189 2018 **C.D.P. No.:** 6 **Proceso al que pertenece:** PROCESO ASISTENCIAL PEDIATRIA
Unidad a la que pertenece: LA VICTORIA IMI

Nombre del Contratista: JULIO WILFREDO LEYTON BASTIDAS **C.C.** 79.595.588 **de:** 0

Fecha Inicio: 2018-01-10 **Fecha Terminación incial:** 2018-06-09 **Valor Mensual:** $ 5.940.000 **Valor a cobrar:** $ 5.940.000

ADICIÓN/ OTROSI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				

CUOTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	ENERO	$ 4.735.000	$ 1.204.000	7679460265
2	FEBRERO	$ 5.262.000	$ 1.925.800	7682656881
3	MARZO	$ 5.940.000	$ 2.408.000	7684872156
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO
$ 35.574.000	$ 35.574.000	$ 14.437.000	

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

Prestar los servicios profesionales de medicina general para la ejecución de actividades asistenciales en el Hospital Centro Oriente

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2018-03-01 **Hasta:**

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	ACTIVIDADES REALIZADAS Y AVANCE DEL OBJETO DEL CONTRATO DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	Realizar examen, evaluacion, diagnostico y tratamiento medico de los	Realizo examen, evaluacion, diagnostico y plan de manejo en las pacientes que atendio
2	Diligenciar en forma adecuada la historia clinica y toda la documentacion	Diligencio la historia clinica segun resolucion 1995 y la guia del hospital
3	Realizar procedimientos médicos del servicio asignado y controlar los	Realizo tacto obstetra.
4	Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad	Reporto segun la morbimortalidad lo solicita.
5	Instruir a la comunidad sobre la promoción y prevención de las enfermeda	Instruyo sobre promocion y prevencion de las enfermedades
6	Impartir instrucciones al personal técnico y auxiliar sobre los procedimiento	Imparti lo necesario
7	Asistir a las reuniones funcionales del servicio.	Asistio a reunion servicio y del Hospital.
8	Participar en la politica de uso adecuado de uso adecuado de antibióticos	Uso adecuado manejo de pacientes.
9	Participar en la revisión y el ajuste del sistema de control de calidad en la	Participo en calidad.
10	Controlar y manejar complicaciones médicas si las hubiese	
11	0	
12	0	
13	0	
14	0	
15	0	
16	0	

Observaciones:

Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL

Julio Leyton

Firma del Contratista

0

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATO	
NOMBRE:	PEDRO RICARDO
CARGO:	PROFESIONAL ESS
FIRMA	

SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	79395358
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			JULIO WILFREDO LEYTON BASTIDAS LEYTON BASTIDAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 47A 28 19	TELÉFONO:	3701815
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Personas Naturales sin Actividad
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7684872156**	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES		
PERIODO COTIZACIÓN	MES: marzo	PERIODO COTIZACIÓN	MES: marzo		
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2018	SALUD:	AÑO: 2018		
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2018/03/14	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	321696720		

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 1.360.000
SUBTOTAL:			1	**$ 1.360.000**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	$ 1.000.000
SUBTOTAL:			1	**$ 1.000.000**
CAJA DE COMPENSACIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
890000381	CCF43	CCF43-COMFENALCO QUINDIO	1	$ 48.000
SUBTOTAL:			1	**$ 48.000**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800256161	14-28	14-28-SURATEP-AGRICOLA	1	$ 194.900
SUBTOTAL:			1	**$ 194.900**

TOTAL PAGADO:	**$ 2.602.900**

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		
	MACROPROCESO	ESTRATÉGICO	CÓDIGO:ET-GT-CO-FT-003
	PROCESO	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	
	SUBPROCESO	CONTRATACIÓN OPS	VERSIÓN:01
	TIPO DE DOCUMENTO	FORMATO	
	NOMBRE	INFORME Y CUENTA DE COBRO OPS	FECHA: 2016-08-01

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: PS 1189 2018 **C.D.P. No.:** 6

Proceso al que pertenece: PROCESO ASISTENCIAL/PEDIATRIA
Unidad a la que pertenece: LA VICTORIA-IMI

Nombre del Contratista: JULIO WILFREDO LEYTON BASTIDAS **C.C.** 79.395.358 **de:** 0

Fecha Inicio: 2018-01-10 **Fecha Terminación incial:** 2018-06-09 **Valor Mensual:** $ 6.600.000 **Valor a cobrar:** $ 6.600.000

ADICIÓN/ OTROSÍ	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	ENERO	$ 4.752.000	$ 1.204.000	7679460265
2	FEBRERO	$ 3.762.000	$ 1.925.800	7682656881
3	MARZO	$ 5.940.000	$ 2.408.000	7684872156
4	ABRIL	$ 6.600.000	$ 2.561.100	7687154887
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 35.574.000	$ 35.574.000	$ 21.054.000	$ 14.520.000

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

OBJETO DEL CONTRATO

Prestar los servicios profesionales de medicina general para la ejecución de actividades asistenciales en los diferentes servicios de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente.

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2018-04-01 **Hasta:** 2018-04-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	Realizar examen, evaluacion, diagnostico y tratamiento medico de los	Realizo examen fisico estableciendo diagnostico y plan de manejo en las pacientes que atendio
2	Diligenciar en forma adecuada la historia clínica y toda la documentación	Diligencio la historia clinica siguiendo la resolucion 1995 y la guia del hospital
3	Realizar procedimientos médicos del servicio asignado y controlar los	Realizo los procedimientos asignados por el medico ginecoobstetra.
4	Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad	Diligencio las fichas de notificacion en los casos que la normatividad lo solicita.
5	Instruir a la comunidad sobre la promoción y prevención de las enfermedades.	Realizo instrucción a la comunidad en actividades de promocion y prevencion de las enfermedades
6	Impartir instrucciones al personal técnico y auxiliar sobre los procedimientos	Lidero el equipo de atencipn en las pacientes que atendio
7	Asistir a las reuniones funcionales del servicio.	Ha asistido y participado activamente en las reuniones del servicio y del Hospital.
8	Participar en la política de uso adecuado de uso adecuado de antibióticos.	Conoce las guias y protocolos institucionales y los sigue en el manejo de pacientes.
9	Participar en la revisión y el ajuste del sistema de control de calidad en la	Participo activamente en le ajuste del sistema de control de la calidad.
10	Controlar y manejar complicaciones médicas si las hubiese.	Control las complicaciones en los casos que se presentaron.
11	0	0
12	0	0
13	0	0
14	0	0
15	0	0
16	0	0

Observaciones:

Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL

Firma del Contratista

C.C 79.395.358 de 0

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	PEDRO GONZALEZ CANON
CARGO:	Profesional Especializado
FIRMA	

DR. JULIO WILFREDO LEYTON BASTIDAS

NIT. 79.395.358-3

MÉDICO GENERAL

UNIVERSIDAD NACIONAL

Actividad Económica 8621 tarifa 9.66 x 1000
Resolución DIAN No. 320001235859 del 2015 - 02 - 11
Autoriza del 001 al 200
Régimen Común Actividad Médica Exenta de IVA

FACTURA DE VENTA

Nº 60

FECHA FACTURA		
D	M	A
30	04	18

FECHA VENCIMIENT		
D	M	A

Señor(es): Subred Centro Oriente — Nit o C.C.: 900959051-7

Dirección: Dig 34 # 5-43 — Teléfono: 3444484

CONCEPTO	VALOR TOTAL
Honorarios por prestacion de servicios como medico general en Pediatria Abril 2018	6 600.000
Son: Seis millones seis mil pesos — TOTAL: $	6.600.000

ESTA FACTURA DE VENTA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO SEGÚN ART. 774 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

FIRMA AUTORIZADA

FIRMA Y SELLO CLIENTE

C.C. o NIT. 79395358 Fecha de Recibido: D M A

Calle 47 A No. 28-19 Apto 202 - Teléfono 370 18 15 - E-mail: wil_leyton07@hotmail - BOGOTÁ, D.C, - COLOMBIA

SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	79395358
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	JULIO WILFREDO LEYTON BASTIDAS		LEYTON BASTIDAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 47A 28 19	TELÉFONO:	3701815
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Personas Naturales sin Actividad
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7687254887**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES	
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	abril	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	abril
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2018	SALUD:	AÑO:	2018
DÍAS DE MORA:		3			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2018/04/16	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		329630282

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 1.363.300
		SUBTOTAL:	1	**$ 1.363.300**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	$ 1.002.400
		SUBTOTAL:	1	**$ 1.002.400**
CAJA DE COMPENSACIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
890000381	CCF43	CCF43-COMFENALCO QUINDIO	1	$ 38.100
		SUBTOTAL:	1	**$ 38.100**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800256161	14-28	14-28-SURATEP-AGRICOLA	1	$ 195.400
		SUBTOTAL:	1	**$ 195.400**

TOTAL PAGADO:	**$ 2.599.200**

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**		
	MACROPROCESO	ESTRATÉGICO	**CÓDIGO:**ET-GT-CO-FT-003
	PROCESO	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	
	SUBPROCESO	CONTRATACIÓN OPS	**VERSIÓN:**01
	TIPO DE DOCUMENTO	FORMATO	
	NOMBRE	INFORME Y CUENTA DE COBRO OPS	**FECHA:** 2016-08-01

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: PS 1189 2018 **C.D.P. No.:** 6 **Proceso al que pertenece:** PROCESO ASISTENCIAL/PEDIATRIA **Unidad a la que pertenece:** LA VICTORIA-IMI

Nombre del Contratista: JULIO WILFREDO LEYTON BASTIDAS **C.C.** 79.395.358 **de:** 0

Fecha Inicio: 2018-01-10 **Fecha Terminación incial:** 2018-06-09 **Valor Mensual:** $ 5.940.000 **Valor a cobrar:** $ 5.940.000

ADICIÓN/ OTROSI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
0				
0				
0				
0				
1	$ 1.848.000	2097	10/06/2018	09/07/2018
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	ENERO	$ 4.752.000	$ 1.204.000	7679460265
2	FEBRERO	$ 3.762.000	$ 1.925.800	7682656881
3	MARZO	$ 5.940.000	$ 2.408.000	7684872156
4	ABRIL	$ 6.600.000	$ 2.561.100	7687154887
5	MAYO	$ 5.940.000	$ 2.554.900	7689495946
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 35.574.000	$ 37.422.000	$ 26.994.000	$ 10.428.000

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

OBJETO DEL CONTRATO

Prestar los servicios profesionales de medicina general para la ejecución de actividades asistenciales en los diferentes servicios de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente.

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2018-05-01 **Hasta:** 2018-05-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	Realizar examen, evaluacion, diagnostico y tratamiento medico de los	Realizo examen fisico estableciendo diagnostico y plan de manejo en las pacientes que atendio
2	Diligenciar en forma adecuada la historia clinica y toda la documentación	Diligencio la historia clinica siguiendo la resolucion 1995 y la guia del hospital
3	Realizar procedimientos médicos del servicio asignado y controlar los	Realizo los procedimientos asignados por el medico ginecoobstetra.
4	Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad	Diligencio las fichas de notificacion en los casos que la normatividad lo solicita.
5	Instruir a la comunidad sobre la promoción y prevención de las enfermedades	Realizo instrucción a la comunidad en actividades de promocion y prevencion de las enfermedades
6	Impartir instrucciones al personal técnico y auxiliar sobre los procedimientos	Lidero el equipo de atencipn en las pacientes que atendio
7	Asistir a las reuniones funcionales del servicio.	Ha asistido y participado activamente en las reuniones del servicio y del Hospital.
8	Participar en la politica de uso adecuado de uso adecuado de antibióticos.	Conoce las guias y protocolos institucionales y los sigue en el manejo de pacientes.
9	Participar en la revisión y el ajuste del sistema de control de calidad en la	Participo activamente en le ajuste del sistema de control de la calidad.
10	Controlar y manejar complicaciones médicas si las hubiese.	Control las complicaciones en los casos que se presentaron.
11	0	0
12	0	0
13	0	0
14	0	0
15	0	0
16	0	0

Observaciones:

Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL.

Wilfredo Leyton

Firma del Contratista

C.C 79.395.358 **de** 0

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	PEDRO GONZALEZ CAÑON
CARGO:	MEDICO GENERAL
FIRMA	

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	79395358
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:		JULIO WILFREDO LEYTON BASTIDAS	LEYTON BASTIDAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 47A 28 19	TELÉFONO:	3701815
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Personas Naturales sin Actividad
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		7689495946	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	mayo	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	mayo
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2018	SALUD:	AÑO:	2018
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2018/05/11	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		336677089

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 1.360.000
SUBTOTAL:			1	**$ 1.360.000**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	$ 1.000.000
SUBTOTAL:			1	**$ 1.000.000**
CAJA DE COMPENSACIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
890000381	CCF43	CCF43-COMFENALCO QUINDIO	1	$ 48.000
SUBTOTAL:			1	**$ 48.000**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800256161	14-28	14-28-SURATEP-AGRICOLA	1	$ 194.900
SUBTOTAL:			1	**$ 194.900**

TOTAL PAGADO:	$ 2.602.900

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**		
	MACROPROCESO	ESTRATÉGICO	**CÓDIGO:**ET-GT-CO-FT-003
	PROCESO	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	
	SUBPROCESO	CONTRATACIÓN OPS	**VERSIÓN:**01
	TIPO DE DOCUMENTO	FORMATO	
	NOMBRE	INFORME Y CUENTA DE COBRO OPS	**FECHA:** 2016-08-01

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: PS 1189 2018 **C.D.P. No.:** 6 **Proceso al que pertenece:** PROCESO ASISTENCIAL/PEDIATRIA **Unidad a la que pertenece:** LA VICTORIA-IMI

Nombre del Contratista: JULIO WILFREDO LEYTON BASTIDAS **C.C.** 79.395.358 **de:** 0

Fecha Inicio: 2018-01-10 **Fecha Terminación incial:** 2018-06-09 **Valor Mensual:** $ 7.128.000 **Valor a cobrar:** $ 7.128.000

ADICIÓN/ OTROSI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
0				
0				
0				
0				
1	$ 1.848.000	2097	10/06/2018	09/07/2018
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	ENERO	$ 4.752.000	$ 1.204.000	7679460265
2	FEBRERO	$ 3.762.000	$ 1.925.800	7682656881
3	MARZO	$ 5.940.000	$ 2.408.000	7684872156
4	ABRIL	$ 6.600.000	$ 2.561.100	7687154887
5	MAYO	$ 5.940.000	$ 2.554.900	7689495946
6	JUNIO	$ 7.128.000	$ 928.100	7691705974
0				
0				
0				
0				
0				
0				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 35.574.000	$ 37.422.000	$ 34.122.000	$ 3.300.000

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

OBJETO DEL CONTRATO

Prestar los servicios profesionales de medicina general para la ejecución de actividades asistenciales en los diferentes servicios de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente.

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2018-06-01 **Hasta:** 2018-06-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	Realizar examen, evaluacion, diagnostico y tratamiento medico de los	Realizo examen fisico estableciendo diagnostico y plan de manejo en las pacientes que atendio
2	Diligenciar en forma adecuada la historia clinica y toda la documentación	Diligencio la historia clinica siguiendo la resolucion 1995 y la guia del hospital
3	Realizar procedimientos médicos del servicio asignado y controlar los	Realizo los procedimientos asignados por el medico ginecoobstetra.
4	Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad	Diligencio las fichas de notificacion en los casos que la normatividad lo solicita.
5	Instruir a la comunidad sobre la promoción y prevención de las enfermedades.	Realizo instrucción a la comunidad en actividades de promocion y prevencion de las enfermedades
6	Impartir instrucciones al personal técnico y auxiliar sobre los procedimientos	Lidero el equipo de atencipn en las pacientes que atendio
7	Asistir a las reuniones funcionales del servicio.	Ha asistido y participado activamente en las reuniones del servicio y del Hospital.
8	Participar en la politica de uso adecuado de uso adecuado de antibióticos..	Conoce las guias y protocolos institucionales y los sigue en el manejo de pacientes.
9	Participar en la revisión y el ajuste del sistema de control de calidad en la	Participo activamente en le ajuste del sistema de control de la calidad.
10	Controlar y manejar complicaciones médicas si las hubiese.	Control las complicaciones en los casos que se presentaron.
11	0	0
12	0	0
13	0	0
14	0	0
15	0	0
16	0	0

Observaciones:

Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL.

Firma del Contratista

C.C 79.395.358 **de** 0

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	PEDRO GONZALEZ CAJON
CARGO:	MEDICO GENERAL
FIRMA	

SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	79395358
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	JULIO WILFREDO LEYTON BASTIDAS LEYTON BASTIDAS		
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 47A 28 19	TELÉFONO:	3701815
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Personas Naturales sin Actividad
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7691705974**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	junio	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	junio
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2018	SALUD:	AÑO:	2018
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2018/06/08	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		343319161

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 480.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 480.000**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	$ 375.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 375.000**
CAJA DE COMPENSACIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
890000381	CCF43	CCF43-COMFENALCO QUINDIO	1	$ 18.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 18.000**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800256161	14-28	14-28-SURATEP-AGRICOLA	1	$ 73.100
		SUBTOTAL:	1	**$ 73.100**

TOTAL PAGADO:	**$ 946.100**

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**		
	MACROPROCESO	ESTRATÉGICO	**CÓDIGO:**ET-GT-CO-FT-003
	PROCESO	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	
	SUBPROCESO	CONTRATACIÓN OPS	**VERSIÓN:**01
	TIPO DE DOCUMENTO	FORMATO	
	NOMBRE	INFORME Y CUENTA DE COBRO OPS	**FECHA:** 2016-08-01

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: PS 1189 2018 **C.D.P. No.:** 6 **Proceso al que pertenece:** PROCESO ASISTENCIAL/PEDIATRIA **Unidad a la que pertenece:** LA VICTORIA-IMI

Nombre del Contratista: JULIO WILFREDO LEYTON BASTIDAS **C.C.** 79.395.358 **de:** 0

Fecha Inicio: 2018-01-10 **Fecha Terminación incial:** 2018-06-09 **Valor Mensual:** $ 7.326.000 **Valor a cobrar:** $ 7.326.000

ADICIÓN/ OTROSI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
0				
0				
0				
0				
1	$ 1.848.000	2097	10/06/2018	09/07/2018
2	$ 8.316.000	2354	10/07/2018	09/08/2018
0				
0				
0				
0				
0				
0				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	ENERO	$ 4.752.000	$ 1.204.000	7679460265
2	FEBRERO	$ 3.762.000	$ 1.925.800	7682656881
3	MARZO	$ 5.940.000	$ 2.408.000	7684872156
4	ABRIL	$ 6.600.000	$ 2.561.100	7687154887
5	MAYO	$ 5.940.000	$ 2.554.900	7689495946
6	JUNIO	$ 7.128.000	$ 928.100	7691705974
7	JULIO	$ 7.326.000	$ 1.798.300	7794869307
0				
0				
0				
0				
0				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 35.574.000	$ 45.738.000	$ 41.448.000	$ 4.290.000

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

OBJETO DEL CONTRATO

Prestar los servicios profesionales de medicina general para la ejecución de actividades asistenciales en los diferentes servicios de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente.

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2018-07-01 **Hasta:** 2018-07-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	Realizar examen, evaluacion, diagnostico y tratamiento medico de los	Realizo examen fisico estableciendo diagnostico y plan de manejo en las pacientes que atendio
2	Diligenciar en forma adecuada la historia clinica y toda la documentación	Diligencio la historia clinica siguiendo la resolucion 1995 y la guia del hospital
3	Realizar procedimientos médicos del servicio asignado y controlar los	Realizo los procedimientos asignados por el medico ginecoobstetra.
4	Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad	Diligencio las fichas de notificacion en los casos que la normatividad lo solicita.
5	Instruir a la comunidad sobre la promoción y prevención de las enfermedades.	Realizo instrucción a la comunidad en actividades de promocion y prevencion de las enfermedades
6	Impartir instrucciones al personal técnico y auxiliar sobre los procedimientos	Lidero el equipo de atencipn en las pacientes que atendio
7	Asistir a las reuniones funcionales del servicio.	Ha asistido y participado activamente en las reuniones del servicio y del Hospital.
8	Participar en la politica de uso adecuado de uso adecuado de antibióticos..	Conoce las guias y protocolos institucionales y los sigue en el manejo de pacientes.
9	Participar en la revisión y el ajuste del sistema de control de calidad en la	Participo activamente en le ajuste del sistema de control de la calidad.
10	Controlar y manejar complicaciones médicas si las hubiese.	Control las complicaciones en los casos que se presentaron.
11	0	0
12	0	0
13	0	0
14	0	0
15	0	0
16	0	0

Observaciones:

Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL.

Julio Leyton.

Firma del Contratista

C.C 79.395.358 **de** 0

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	PEDRO GONZALEZ CAÑON
CARGO:	MEDICO
FIRMA	

SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	79395358
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	JULIO WILFREDO LEYTON BASTIDAS		LEYTON BASTIDAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 47A 28 19	TELÉFONO:	3701815
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Personas Naturales sin Actividad
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7794869307**		TIPO DE PLANILLA:		N-CORRECCIONES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS SUBSISTEMAS:	MES:	julio	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES:	julio
	AÑO:	2018		AÑO:	2018
DÍAS DE MORA:	7				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2018/07/23		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		354533601

NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA	7794437148	FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	2018/07/12

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 957.300
SUBTOTAL:			1	**$ 957.300**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	$ 703.800
SUBTOTAL:			1	**$ 703.800**
CAJA DE COMPENSACIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
890000381	CCF43	CCF43-COMFENALCO QUINDIO	1	$ 33.800
SUBTOTAL:			1	**$ 33.800**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800256161	14-28	14-28-SURATEP-AGRICOLA	1	$ 137.200
SUBTOTAL:			1	**$ 137.200**

TOTAL PAGADO:	**$ 1.832.100**

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		
	MACROPROCESO	ESTRATÉGICO	CÓDIGO:ET-GT-CO-FT-003
	PROCESO	GESTION DEL TALENTO HUMANO	
	SUBPROCESO	CONTRATACIÓN OPS	VERSIÓN:01
	TIPO DE DOCUMENTO	FORMATO	
	NOMBRE	INFORME Y CUENTA DE COBRO OPS	FECHA: 2016-08-01

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: PS 1189 2018 **C.D.P. No.:** 6 **Proceso al que pertenece:** PROCESO ASISTENCIAL/PEDIATRIA **Unidad a la que pertenece:** LA VICTORIA-IMI

Nombre del Contratista: JULIO WILFREDO LEYTON BASTIDAS **C.C.** 79.395.358 **de:** 0

Fecha Inicio: 2018-01-10 **Fecha Terminación incial:** 2018-06-09 **Valor Mensual:** $ 6.534.000 **Valor a cobrar:** $ 6.534.000

ADICIÓN/ OTROSI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
0				
0				
0				
0				
1	$ 1.848.000	2097	10/06/2018	09/07/2018
2	$ 8.316.000	2354	10/07/2018	09/08/2018
3	$ 5.214.000	2668	10/09/2018	09/10/2018
0				
0				
0				
0				
0				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	ENERO	$ 4.752.000	$ 1.294.000	76794460265
2	FEBRERO	$ 3.762.000	$ 1.925.800	76826586881
3	MARZO	$ 5.940.000	$ 2.308.000	76848725156
4	ABRIL	$ 6.600.000	$ 2.561.100	76871513887
5	MAYO	$ 5.940.000	$ 2.551.000	76891959946
6	JUNIO	$ 7.128.000	$ 928.100	76917059974
7	JULIO	$ 7.326.000	$ 1.298.300	77948693017
8	AGOSTO	$ 6.534.000	$ 1.298.300	77969392761
0				
0				
0				
0				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 35.574.000	$ 50,952,000	$ 47,982,000	$ 2,970,000

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

OBJETO DEL CONTRATO

Prestar los servicios profesionales de medicina general para la ejecución de actividades asistenciales en los diferentes servicios de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 01/08/2018 **Hasta:** 2018-08-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	Realizar examen, evaluacion, diagnostico y tratamiento medico de los	Realizo examen fisico estableciendo diagnostico y plan de manejo en las pacientes que atendio
2	Diligenciar en forma adecuada la historia clinica y toda la documentacion	Diligencio la historia clinica siguiendo la resolucion 1995 y la guia del hospital
3	Realizar procedimientos medicos del servicio asignado y controlar los	Realizo los procedimientos asignados por el medico ginecoobstetra
4	Reportar los eventos de notificacion obligatoria con la oportunidad	Diligencio las fichas de notificacion en los casos que la normatividad lo solicita
5	Instruir a la comunidad sobre la promocion y prevencion de las enfermedades	Realizo instruccion a la comunidad en actividades de promocion y prevencion de las enfermedades
6	Impartir instrucciones al personal técnico y auxiliar sobre los procedimientos	Lidero el equipo de atencion en las pacientes que atendio
7	Asistir a las reuniones funcionales del servicio	Ha asistido y participado activamente en las reuniones del servicio y del Hospital
8	Participar en la politica de uso adecuado de uso adecuado de antibioticos	Conoce las guias y protocolos institucionales y los sigue en el manejo de pacientes
9	Participar en la revision y el ajuste del sistema de control de calidad en la	Participo activamente en le ajuste del sistema de control de la calidad
10	Controlar y manejar complicaciones médicas si las hubiese	Control las complicaciones en los casos que se presentaron
11	0	0
12	0	0
13	0	0
14	0	0
15	0	0
16	0	0

Observaciones:

Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL

wilfredo leyton

Firma del Contratista

C.C 79.395.358 **de** 0

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	PEDRO RICARDO GONZALEZ CAÑON
CARGO:	MEDICO GENERAL
FIRMA	

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	79395358
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			JULIO WILFREDO LEYTON BASTIDAS LEYTON BASTIDAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 47A 28 19	TELÉFONO:	3701815
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Personas Naturales sin Actividad Económica
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		7796949261	TIPO DE PLANILLA:				I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	agosto	AÑO	2018	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES agosto	AÑO 2018
DÍAS DE MORA:				2			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):				2018/08/17	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		361594309

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 1.600.000	$ 0	$ 0	$ 50.000	$ 50.000	$ 2.500	$ 200	$ 1.700.000	$ 2.700	$ 1.702.700
SUBTOTALES:										$ 1.700.000	$ 2.700	$ 1.702.700

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 1.250.000	$ 0	$ 2.000	$ 0	$ 1.250.000	$ 2.000	$ 0	$ 1.252.000
SUBTOTALES:													$ 1.250.000	$ 2.000	$ 0	$ 1.252.000

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-28	14-28-SURATEP AGRICOLA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 243.600	$ 243.600	$ 400	$ 0	$ 244.000
SUBTOTALES:									$ 243.600	$ 400	$ 0	$ 244.000

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF43	CCF43-COMFENALCO QUINDIO	1	$ 60.000	$ 100	$ 60.100
SUBTOTALES:			$ 60.000	$ 100	$ 60.100

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE												NOVEDADES														SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES				
																										PENSIÓN							SALUD							ARP						CCF		SENA	ICBF
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	SAL INTEGRAL	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 79395358	LEYTON BASTIDAS JULIO WILFREDO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.680.000				NO							X									25-14 COLPENSIONES	30	$ 10.000.000	$ 1.600.000	$ 50.000	$ 50.000	$ 0	$ 0	Normal	$ 1.700.000	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 10.000.000	$ 1.250.000	$ 0	$ 1.250.000	14-28-SURATEP-AGRICOLA	30	$ 10.000.000	$ 79395358	243.600	$30	$ 10.000.000	$CCF43-COMFENALCO QUINDIO	$ 60.000	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 3.258.800

Planilla Pagada

ARL | sura

Medellín, 03 de septiembre de 2018

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A.

CERTIFICA:

Que JULIO WILFREDO LEYTON BASTIDAS identificado(a) con cédula de ciudadanía 79395358 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:
Fecha inicio cobertura: 01/02/2017 **Fecha fin cobertura:**

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIE N900959051
ACTIVIDAD ECONÓMICA: 3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL **CLASE DE RIESGO:** 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436% **CENTRO DE TRABAJO:** 0000000001 - TRABAJADORES INDEPENDIENTES **CLASE:** 3 **PORCENTAJE:** 2,436% **ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:** 3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA
ACTIVIDAD ECONÓMICA: 3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL **CODIGO DE ACTIVIDAD:** 3851101 **CLASE DE RIESGO:** 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%

Tenga en cuenta lo siguiente para realizar la cotización y pago:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C793953581824650125

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el: 03/09/2018 1:55 PM

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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		
	MACROPROCESO	ESTRATÉGICO	CÓDIGO:ET-GT-CO-FT-003
	PROCESO	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	
	SUBPROCESO	CONTRATACIÓN OPS	VERSIÓN:01
	TIPO DE DOCUMENTO	FORMATO	
	NOMBRE	INFORME Y CUENTA DE COBRO OPS	FECHA: 2016-08-01

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: PS 1189 2018 **C.D.P. No.:** 6 **Proceso al que pertenece:** PROCESO ASISTENCIAL/PEDIATRIA **Unidad a la que pertenece:** LA VICTORIA-IMI

Nombre del Contratista: JULIO WILFREDO LEYTON BASTIDAS **C.C.** 79.395.358 **de:** 0

Fecha Inicio: 2018-01-10 **Fecha Terminación incial:** 2018-06-09 **Valor Mensual:** $ 5.544.000 **Valor a cobrar:** $ 5.544.000

ADICIÓN/ OTROSI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
0				
0				
0				
0				
1	$ 1.848.000	2097	10/06/2018	09/07/2018
2	$ 8.316.000	2354	10/07/2018	09/08/2018
3	$ 5.214.000	2668	10/09/2018	09/10/2018
4	$ 5.808.000	2950	10/09/2018	09/10/2018
0				
0				
0				
0				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	ENERO	$ 4.752.000	$ 1.204.000	7679460265
2	FEBRERO	$ 3.762.000	$ 1.925.800	7682656881
3	MARZO	$ 5.940.000	$ 2.408.000	7684872156
4	ABRIL	$ 6.600.000	$ 2.561.100	7687154887
5	MAYO	$ 5.940.000	$ 2.554.900	7689495946
6	JUNIO	$ 7.128.000	$ 928.100	7691705974
7	JULIO	$ 7.326.000	$ 1.798.300	7794869307
8	AGOSTO	$ 6.534.000	$ 1.798.300	7796949261
9	SEPTIEMBRE	$ 5.544.000	$ 1.798.300	7796949261
0				
0				
0				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 35.574.000	$ 56.760.000	$ 53.526.000	$ 3.234.000

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

OBJETO DEL CONTRATO

Prestar los servicios profesionales de medicina general para la ejecución de actividades asistenciales en los diferentes servicios de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2018-09-01 **Hasta:** 2018-09-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	Realizar examen, evaluacion, diagnostico y tratamiento medico de los	Realizo examen fisico estableciendo diagnostico y plan de manejo en las pacientes que atendio
2	Diligenciar en forma adecuada la historia clinica y toda la documentación	Diligencio la historia clinica siguiendo la resolucion 1995 y la guia del hospital
3	Realizar procedimientos médicos del servicio asignado y controlar los	Realizo los procedimientos asignados por el medico ginecoobstetra.
4	Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad	Diligencio las fichas de notificacion en los casos que la normatividad lo solicita
5	Instruir a la comunidad sobre la promoción y prevención de las enfermedades.	Realizo instrucción a la comunidad en actividades de promocion y prevencion de las enfermedades
6	Impartir instrucciones al personal técnico y auxiliar sobre los procedimientos	Lidero el equipo de atencipn en las pacientes que atendio
7	Asistir a las reuniones funcionales del servicio.	Ha asistido y participado activamente en las reuniones del servicio y del Hospital
8	Participar en la politica de uso adecuado de uso adecuado de antibióticos.	Conoce las guias y protocolos institucionales y los sigue en el manejo de pacientes.
9	Participar en la revisión y el ajuste del sistema de control de calidad en la	Participo activamente en le ajuste del sistema de control de la calidad.
10	Controlar y manejar complicaciones médicas si las hubiese.	Control las complicaciones en los casos que se presentaron.
11	0	0
12	0	0
13	0	0
14	0	0
15	0	0
16	0	0

Observaciones:

Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL

Wilfredo Leyton

Firma del Contratista

C.C 79.395.358 **de** 0

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	PEDRO RICARDO GONZALEZ CAÑON
CARGO:	MEDICO GENERAL
FIRMA	

SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	79395358
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	JULIO WILFREDO LEYTON BASTIDAS		LEYTON BASTIDAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 47A 28 19	TELÉFONO:	3701815
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Personas Naturales sin Actividad
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7796949261**	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES		
PERIODO COTIZACIÓN	MES: agosto	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	agosto	
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2018	SALUD:	AÑO:	2018	
DÍAS DE MORA:	2				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2018/08/17	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	361594309		

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 1.702.700
SUBTOTAL:			1	**$ 1.702.700**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	$ 1.252.000
SUBTOTAL:			1	**$ 1.252.000**
CAJA DE COMPENSACIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
890000381	CCF43	CCF43-COMFENALCO QUINDIO	1	$ 60.100
SUBTOTAL:			1	**$ 60.100**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800256161	14-28	14-28-SURATEP-AGRICOLA	1	$ 244.000
SUBTOTAL:			1	**$ 244.000**

TOTAL PAGADO:	**$ 3.258.800**

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		
	MACROPROCESO	ESTRATÉGICO	CÓDIGO:ET-GT-CO-FT-003
	PROCESO	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	
	SUBPROCESO	CONTRATACIÓN OPS	VERSIÓN:01
	TIPO DE DOCUMENTO	FORMATO	
	NOMBRE	INFORME Y CUENTA DE COBRO OPS	FECHA: 2016-08-01

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: PS 1189 2018 **C.D.P. No.:** 6 **Proceso al que pertenece:** PROCESO ASISTENCIAL/PEDIATRIA **Unidad a la que pertenece:** LA VICTORIA-IMI

Nombre del Contratista: JULIO WILFREDO LEYTON BASTIDAS **C.C.** 79.395.358 **de:** 0

Fecha Inicio: 2018-01-10 **Fecha Terminación incial:** 2018-06-09 **Valor Mensual:** $ 8.316.000 **Valor a cobrar:** $ 8.316.000

ADICIÓN/ OTROSÍ	VALOR ADICION	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
0				
0				
0				
0				
1	$ 1.848.000	2097	10/06/2018	09/07/2018
2	$ 8.316.000	2354	10/07/2018	09/08/2018
3	$ 5.214.000	2668	10/09/2018	09/10/2018
4	$ 5.808.000	2950	10/09/2018	09/10/2018
5	$ 8.976.000	3519	10/10/2018	12/15/2018
0				
0				
0				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	ENERO	$ 4.752.000	$ 1.204.000	76794602 65
2	FEBRERO	$ 3.762.000	$ 1.925.800	76826568 81
3	MARZO	$ 5.940.000	$ 2.408.000	76848722 56
4	ABRIL	$ 6.600.000	$ 2.561.100	76871548 87
5	MAYO	$ 5.940.000	$ 2.553.900	76894959 46
6	JUNIO	$ 7.128.000	$ 928.100	76917059 74
7	JULIO	$ 7.326.000	$ 1.798.300	77948693 07
8	AGOSTO	$ 6.534.000	$ 1.798.300	77969492 61
9	SEPTIEMBRE	$ 5.544.000	$ 1.798.300	77969492 61
10	OCTUBRE	$ 8.316.000	$ 2.724.900	77038293 40
0				
0				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 35.574.000	$ 65.736.000	$ 61.842.000	$ 3.894.000

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

OBJETO DEL CONTRATO

Prestar los servicios profesionales de medicina general para la ejecución de actividades asistenciales en los diferentes servicios de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente.

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2018-10-01 **Hasta:** 2018-10-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	Realizar examen, evaluacion, diagnostico y tratamiento medico de los	Realizo examen fisico estableciendo diagnostico y plan de manejo en las pacientes que atendio
2	Diligenciar en forma adecuada la historia clinica y toda la documentación	Diligencio la historia clinica siguiendo la resolucion 1995 y la guia del hospital
3	Realizar procedimientos médicos del servicio asignado y controlar los	Realizo los procedimientos asignados por el medico ginecoobstetra.
4	Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad	Diligencio las fichas de notificacion en los casos que la normatividad lo solicita.
5	Instruir a la comunidad sobre la promoción y prevención de las enfermedades.	Realizo instrucción a la comunidad en actividades de promocion y prevencion de las enfermedades
6	Impartir instrucciones al personal técnico y auxiliar sobre los procedimientos	Lidero el equipo de atencipn en las pacientes que atendio
7	Asistir a las reuniones funcionales del servicio.	Ha asistido y participado activamente en las reuniones del servicio y del Hospital.
8	Participar en la politica de uso adecuado de uso adecuado de antibióticos.	Conoce las guias y protocolos institucionales y los sigue en el manejo de pacientes.
9	Participar en la revisión y el ajuste del sistema de control de calidad en la	Participo activamente en le ajuste del sistema de control de la calidad
10	Controlar y manejar complicaciones médicas si las hubiese.	Control las complicaciones en los casos que se presentaron.
11	0	0
12	0	0
13	0	0
14	0	0
15	0	0
16	0	0

Observaciones:

Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL.

Julio Leyton

Firma del Contratista

C.C 79.395.358 **de** 0

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	PEDRO RICARDO GONZALEZ
CARGO:	MEDICO GENERAL
FIRMA	

SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	79395358
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			JULIO WILFREDO LEYTON BASTIDAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 47A 28 19	TELÉFONO:	3701815
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Personas Naturales sin Actividad
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7703829340**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	septiembre	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	septiembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2018	SALUD:	AÑO:	2018
DÍAS DE MORA:		5			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2018/10/17	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		378181950

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 1.450.500
SUBTOTAL:			1	**$ 1.450.500**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	$ 1.066.500
SUBTOTAL:			1	**$ 1.066.500**
CAJA DE COMPENSACIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
890000381	CCF43	CCF43-COMFENALCO QUINDIO	1	$ 51.200
SUBTOTAL:			1	**$ 51.200**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800256161	14-28	14-28-SURATEP-AGRICOLA	1	$ 207.900
SUBTOTAL:			1	**$ 207.900**

TOTAL PAGADO:	**$ 2.776.100**

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**		
	MACROPROCESO	ESTRATÉGICO	**CÓDIGO:** ET-GT-CO-FT-003
	PROCESO	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	
	SUBPROCESO	CONTRATACIÓN OPS	**VERSIÓN:** 01
	TIPO DE DOCUMENTO	FORMATO	
	NOMBRE	INFORME Y CUENTA DE COBRO OPS	**FECHA:** 2016-08-01

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: PS 1189 2018 **C.D.P. No.:** 6 **Proceso al que pertenece:** PROCESO ASISTENCIAL/PEDIATRIA **Unidad a la que pertenece:** LA VICTORIA-IMI

Nombre del Contratista: JULIO WILFREDO LEYTON BASTIDAS **C.C.** 79.395.358 **de:** 0

Fecha Inicio: 2018-01-10 **Fecha Terminación incial:** 2018-06-09 **Valor Mensual:** $ 6.534.000 **Valor a cobrar:** $ 6.534.000

ADICIÓN/ OTROSI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
0				
0				
0				
0				
1	$ 1.848.000	2097	10/06/2018	09/07/2018
2	$ 8.316.000	2354	10/07/2018	09/08/2018
3	$ 5.214.000	2668	10/09/2018	09/10/2018
4	$ 5.808.000	2950	10/09/2018	09/10/2018
5	$ 8.976.000	3519	10/10/2018	12/15/2018
6	$ 8.811.000	3778	29/11/2018	15/12/2018
0				
0				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	ENERO	$ 4.752.000	$ 1.204.000	7679460265
2	FEBRERO	$ 3.762.000	$ 1.925.800	7682656881
3	MARZO	$ 5.940.000	$ 2.408.000	7684872156
4	ABRIL	$ 6.600.000	$ 2.561.100	7687154887
5	MAYO	$ 5.940.000	$ 2.554.900	7689495946
6	JUNIO	$ 7.128.000	$ 928.100	7691705974
7	JULIO	$ 7.326.000	$ 1.798.300	7794869307
8	AGOSTO	$ 6.534.000	$ 1.798.300	7796949261
9	SEPTIEMBRE	$ 5.544.000	$ 1.798.300	7796949261
10	OCTUBRE	$ 8.316.000	$ 2.724.900	7703829340
11	NOVIEMBRE	$ 6.534.000	$ 3.193.600	7705762995
0				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 35.574.000	$ 74.547.000	$ 68.376.000	$ 6.171.000

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

OBJETO DEL CONTRATO

Prestar los servicios profesionales de medicina general para la ejecución de actividades asistenciales en los diferentes servicios de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente.

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2018-11-01 **Hasta:** 2018-11-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	Realizar examen, evaluacion, diagnostico y tratamiento medico de los	Realizo examen fisico estableciendo diagnostico y plan de manejo en las pacientes que atendio
2	Diligenciar en forma adecuada la historia clinica y toda la documentación	Diligencio la historia clinica siguiendo la resolucion 1995 y la guia del hospital
3	Realizar procedimientos médicos del servicio asignado y controlar los	Realizo los procedimientos asignados por el medico ginecoobstetra.
4	Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad	Diligencio las fichas de notificacion en los casos que la normatividad lo solicita
5	Instruir a la comunidad sobre la promoción y prevención de las enfermedades	Realizo instruccion a la comunidad en actividades de promocion y prevencion de las enfermedades
6	Impartir instrucciones al personal tecnico y auxiliar sobre los procedimientos	Lidero el equipo de atencipn en las pacientes que atendio
7	Asistir a las reuniones funcionales del servicio.	Ha asistido y participado activamente en las reuniones del servicio y del Hospital
8	Participar en la politica de uso adecuado de uso adecuado de antibióticos.	Conoce las guias y protocolos institucionales y los sigue en el manejo de pacientes.
9	Participar en la revision y el ajuste del sistema de control de calidad en la	Participo activamente en le ajuste del sistema de control de la calidad
10	Controlar y manejar complicaciones médicas si las hubiese.	Control las complicaciones en los casos que se presentaron
11	0	0
12	0	0
13	0	0
14	0	0
15	0	0
16	0	0

Observaciones:

Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL.

Wilfredo Leyton

Firma del Contratista

C.C 79.395.358 **de** 0

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS

NOMBRE:	PEDRO RICARDO GONZALEZ CANON
CARGO:	MEDICO GENERAL
FIRMA	

SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	79395358
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			JULIO WILFREDO LEYTON BASTIDAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 47A 28 19	TELÉFONO:	3701815
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Personas Naturales sin Actividad
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7705762995**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	octubre	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	octubre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2018	SALUD:	AÑO:	2018
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2018/11/15	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		386007633

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 1.700.000
SUBTOTAL:			1	**$ 1.700.000**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	$ 1.250.000
SUBTOTAL:			1	**$ 1.250.000**
CAJA DE COMPENSACIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
890000381	CCF43	CCF43-COMFENALCO QUINDIO	1	$ 60.000
SUBTOTAL:			1	**$ 60.000**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800256161	14-28	14-28-SURATEP-AGRICOLA	1	$ 243.600
SUBTOTAL:			1	**$ 243.600**

TOTAL PAGADO:	$ 3.253.600

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		
	MACROPROCESO	ESTRATÉGICO	**CÓDIGO:**ET-GT-CO-FT-003
	PROCESO	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	
	SUBPROCESO	CONTRATACIÓN OPS	**VERSIÓN:**01
	TIPO DE DOCUMENTO	FORMATO	
	NOMBRE	INFORME Y CUENTA DE COBRO OPS	**FECHA:** 2016-08-01

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: PS 1189 2018 **C.D.P. No.:** 6 **Proceso al que pertenece:** PROCESO ASISTENCIAL/PEDIATRIA **Unidad a la que pertenece:** LA VICTORIA-IMI

Nombre del Contratista: JULIO WILFREDO LEYTON BASTIDAS **C.C.** 79.395.358 **de:** 0

Fecha Inicio: 2018-01-10 **Fecha Terminación incial:** 2018-06-09 **Valor Mensual:** $ 7.920.000 **Valor a cobrar:** $ 7.920.000

ADICIÓN/ OTROSI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
0				
0				
0				
0				
1	$ 1.848.000	2097	10/06/2018	09/07/2018
2	$ 8.316.000	2354	10/07/2018	09/08/2018
3	$ 5.214.000	2668	10/09/2018	09/10/2018
4	$ 5.808.000	2950	10/09/2018	09/10/2018
5	$ 8.976.000	3519	10/10/2018	12/15/2018
6	$ 8.811.000	3778	29/11/2018	15/12/2018
7	$ 8.877.000	4019	16/12/2018	15/01/2018
0				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	ENERO	$ 4.752.000	$ 1.204.000	7679460265
2	FEBRERO	$ 3.762.000	$ 1.925.800	7682656881
3	MARZO	$ 5.940.000	$ 2.408.000	7684872156
4	ABRIL	$ 6.600.000	$ 2.561.100	7687154887
5	MAYO	$ 5.940.000	$ 2.554.900	7689495946
6	JUNIO	$ 7.128.000	$ 928.100	7691705974
7	JULIO	$ 7.326.000	$ 1.798.300	7794869307
8	AGOSTO	$ 6.534.000	$ 1.798.300	7796949261
9	SEPTIEMBRE	$ 5.544.000	$ 1.798.300	7796949261
10	OCTUBRE	$ 8.316.000	$ 2.724.900	7703829340
11	NOVIEMBRE	$ 6.534.000	$ 3.193.600	7705762995
12	DICIEMBRE	$ 7.920.000	$ 2.714.600	7708127409

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 35.574.000	$ 83.424.000	$ 76.296.000	$ 7.128.000

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

OBJETO DEL CONTRATO

Prestar los servicios profesionales de medicina general para la ejecución de actividades asistenciales en los diferentes servicios de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente.

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2018-12-01 **Hasta:** 2018-12-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	Realizar examen, evaluacion, diagnostico y tratamiento medico de los	Realizo examen fisico estableciendo diagnostico y plan de manejo en las pacientes que atendio
2	Diligenciar en forma adecuada la historia clinica y toda la documentación	Diligencio la historia clinica siguiendo la resolucion 1995 y la guia del hospital
3	Realizar procedimientos médicos del servicio asignado y controlar los	Realizo los procedimientos asignados por el medico ginecoobstetra.
4	Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad	Diligencio las fichas de notificacion en los casos que la normatividad lo solicita.
5	Instruir a la comunidad sobre la promoción y prevención de las enfermedades	Realizo instrucción a la comunidad en actividades de promocion y prevencion de las enfermedades
6	Impartir instrucciones al personal técnico y auxiliar sobre los procedimientos	Lidero el equipo de atencipn en las pacientes que atendio
7	Asistir a las reuniones funcionales del servicio.	Ha asistido y participado activamente en las reuniones del servicio y del Hospital.
8	Participar en la politica de uso adecuado de uso adecuado de antibióticos.	Conoce las guias y protocolos institucionales y los sigue en el manejo de pacientes.
9	Participar en la revisión y el ajuste del sistema de control de calidad en la	Participo activamente en le ajuste del sistema de control de la calidad.
10	Controlar y manejar complicaciones médicas si las hubiese.	Control las complicaciones en los casos que se presentaron.
11	0	0
12	0	0
13	0	0
14	0	0
15	0	0
16	0	0

Observaciones:

Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL.

Wilfredo Leyton

Firma del Contratista

C.C 79.395.358 **de** 0

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	PEDRO RICARDO GONZALEZ CAÑON
CARGO:	MEDICO
FIRMA	

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	79395358
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			JULIO WILFREDO LEYTON BASTIDAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	ARMENIA	DEPARTAMENTO:	QUINDIO
DIRECCIÓN:	CALLE 47A 28 19	TELÉFONO:	3701815
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Personas Naturales sin Actividad
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7708127409**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES	
PERIODO COTIZACIÓN	MES: noviembre	PERIODO COTIZACIÓN		MES:	noviembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2018	SALUD:		AÑO:	2018
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2018/12/11	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		394114829	

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 1.445.000
SUBTOTAL:			1	**$ 1.445.000**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	$ 1.062.500
SUBTOTAL:			1	**$ 1.062.500**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800256161	14-28	14-28-SURATEP-AGRICOLA	1	$ 207.100
SUBTOTAL:			1	**$ 207.100**

TOTAL PAGADO:	**$ 2.714.600**