| SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E | | | |
|---|---|---|---|
| Secretaría de Salud 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 0985 2019 **C.D.P. No.:** 109 **Proceso al que pertenece:** PROCESO ASISTENCIAL/PEDIATRIA **Unidad a la que pertenece:** MATERNO INFANTIL

**Nombre del Contratista:** XIMENA ANDREA GARAVITO HIGUERA **C.C.** 52.433.729 **de:** 0

**Fecha Inicio:** 2019-02-01 **Fecha Terminación incial:** 2019-07-31 **Valor Mensual:** $ 6.990.660 **Valor a cobrar:** $ 6.990.660

| ADICIÓN OTROSÍ | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 0 | | | | |
| 0 | | | | |
| 0 | | | | |
| 0 | | | | |
| 0 | | | | |
| 0 | | | | |
| 1 | $ 11.271.240 | 1756 | 01/08/2019 | 30/09/2019 |
| 2 | $ 7.456.704 | 2304 | 01/10/2019 | 30/11/2019 |
| 0 | | | | |
| 0 | | | | |
| 0 | | | | |
| 0 | | | | |

| Nº CTA | MES DE CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR | VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL | NÚMERO DE PLANILLA |
|---|---|---|---|---|
| 0 | | | | |
| 1 | FEBRERO | $ 6.775.200 | $ 2.180.100 | 33023301 |
| 2 | MARZO | $ 6.775.200 | $ 2.171.700 | 33023267 |
| 3 | ABRIL | $ 6.775.200 | $ 2.173.000 | 34243574 |
| 4 | MAYO | $ 6.775.200 | $ 2.171.700 | 34881880 |
| 5 | JUNIO | $ 6.775.200 | $ 2.715.200 | 35498723 |
| 6 | JULIO | $ 6.775.200 | $ 2.184.900 | 36190310 |
| 7 | AGOSTO | $ 6.990.660 | $ 2.180.100 | 36789719 |
| 8 | SEPTIEMBRE | $ 6.990.660 | $ 2.178.300 | 37493321 |
| 9 | OCTUBRE | $ 6.990.660 | $ 2.172.600 | 38084832 |
| 0 | | | | |
| 0 | | | | |

**Resumen de contrato**

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 43.361.280 | $ 62.089.224 | $ 61.623.180 | $ 466.044 |

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

**OBJETO DEL CONTRATO**

Prestar los servicios especializados de Pediatra 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:** 2019-10-01 **Hasta:** 2019-10-31

| | OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta) | DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN |
|---|---|---|
| 1 | Realizar las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de su especialidad. | Realiza las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de su especialidad. |
| 2 | Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes | Cumple con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes |
| 3 | Llevar registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la normatividad vigente y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación | Lleva registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la normatividad vigente y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación |
| 4 | Cumplir con las exigencias legales y éticas para el manejo adecuado de la historia clínica. | Cumple con las exigencias legales y éticas para el manejo adecuado de la historia clínica. |
| 5 | Participar en la programación de actividades del área. | Participa en la programación de actividades del área. |
| 6 | Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente. | Reporta los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente. |
| 7 | Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio. | Notifica las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio. |
| 8 | Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente. | Imparte instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente. |
| 9 | Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad. | Diligencia en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad. |
| 10 | Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento. | Diligencia el consentimiento informado acorde al procedimiento. |
| 11 | Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación. | Practica el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación. |
| 12 | Informar a su familia sobre su condición, plan de manejo y atención | Informa a su familia sobre su condición, plan de manejo y atención |
| 13 | Emitir conceptos médicos que se le requieran. | Emite conceptos médicos que se le requieran. |
| 14 | Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la normatividad vigente. | Apoya el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la normatividad vigente. |
| 15 | Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado. | Participa en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado. |
| 16 | | |

**Observaciones:**

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

**Firma del Contratista**

C.C 52.433.729 de 0

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS | |
|---|---|
| NOMBRE: | FABIO NIÑO ARJONA |
| CARGO: | ENLACE CORPORATIVO |
| FIRMA | |

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 52433729 | XIMENA ANDREA GARAVITO HIGUERA | | calle 152 B 59 54 CASA 17 | 7536480 | ximeandrea123@gmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ. D.C. | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | 2019/10/15 | 50766545 | EMPLEADOS | UPC |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | 1 | 0 |
| | | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2019-09 | 2019-09 | I | 15/10/2019 | 38084832 | $2.183.000 | |

## 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 | | | | | |
| EPS017 | Famisanar EPS | 830003564-7 | 850.000 | 0 | | 0 | | 0 | 7 | 4.400 | 0 | 854.400 | 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 | 1.088.000 | 0 | 0 | 34.000 | 34.000 | 7 | 5.600 | 400 | 1.162.000 | |

**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 | | | | | | | | | | |
| 14-7 | Seguros Bolivar S.A. | 860002503-2 | 165.700 | | | | 165.700 | 7 | 900 | 166.600 | | | 1.657 | 166.600 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

**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 | 850.000 | 854.400 |
| Pensión | 1 | 1.156.000 | 1.162.000 |
| Riesgos Laborales | 1 | 165.700 | 166.600 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 2.171.700 | 2.183.000 |

38084832

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

# GARAVITO HIGUERA XIMENA ANDREA

NIT: 52433729-8

RÉGIMEN COMÚN
Resolución Dian No. 320001279220
FECHA: 2017/02/24
HABILITA DEL No. 151 AL 250

CALLE 152A No. 54C -24 CASA 17 Bogotá DC

FACTURA DE VENTA

- 230

FECHA FACTURA: 31 | 10 | 2019

FECHA VENCIMIENTO:

SEÑORES: Subred Centro Oriente NIT: 900959051-7

DIRECCIÓN: Dg 34 #5-43 TELÉFONO: 3444484

| CANT. | DESCRIPCIÓN | V. UNITARIO | V. TOTAL |
|---|---|---|---|
| | Honorarios por prestacion de servicios como medico Pediatra Octubre 2019 | | 6990660 |

SON: Seis millones novecientos noventa mil seiscientos sesenta pesos

SUB - TOTAL $
IVA %
TOTAL $ 6990660

Esta factura para todos sus efectos se asimila a una letra de cambio de acuerdo por lo expresado por el artículo 774 y subsiguientes de Código de Comercio, la mora en el pago causará interés de acuerdo al MAXIMO LEGAL VIGENTE a partir de la fecha de su vencimiento.

OBSERVACIONES:

AUTORIZADO

RECIBÍ CONFORME / FIRMA Y SELLO

Impreso por All Supply store S.A.S. NIT 900.434.557-8 tel: 255 1045