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 1197 2019 **C.D.P. No.:** 109 **Proceso al que pertenece:** PROCESO ASISTENCIAL/PEDIATRIA **Unidad a la que pertenece:** MATERNO INFANTIL

Nombre del Contratista: JAMES ABEL BERNAL BASTIDAS **C.C.** 19.372.330 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2019-02-01 **Fecha Terminación incial:** 2019-07-31 **Valor Mensual:** $ 5.346.000 **Valor a cobrar:** $ 5.346.000

ADICIÓN/ OTROSI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
0				
0				
0				
0				
0				
1	$ 5.412.000	1605	26/06/2019	31/07/2019
2	$ 14.850.000	1756	01/08/2019	30/09/2019
2	$ 2.970.000	2304	01/10/2019	30/11/2019
0				
0				
0				
0				

N° CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
0				
1	FEBRERO	$ 6.600.000	$ 816.800	7713763747
2	MARZO	$ 6.930.000	$ 857.700	7716556971
3	ABRIL	$ 6.732.000	$ 857.700	7716556971
4	MAYO	$ 7.293.000	$ 904.000	7721138940
5	JUNIO	$ 5.940.000	$ 916.000	7723111918
6	JULIO	$ 5.940.000	$ 862.900	7726228085
7	AGOSTO	$ 5.940.000	$ 824.800	7729154740
8	SEPTIEMBRE	$ 4.554.000	$ 822.400	7731543487
9	OCTUBRE	$ 5.346.000	$ 907.900	7734421307
0				
0				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 38.016.000	$ 61.248.000	$ 55.275.000	$ 5.973.000

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:** 2019-10-01 **Hasta:** 2019-10-31

	OBLIGACIONES ESPECIFICAS (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 paciente que requieran la atencion	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 requerida para la atención eficaz del paciente de acuerdo a la resolución 1995 de 1999 y anexos reglamentarios	Diligencio la historia clinica siguiendo la resolucion 1995 y la guia del hospital
3	Realizar procedimientos médicos del servicio asignado y controlar los pacientes bajo su cuidado	Realizo los procedimientos asignados por el medico ginecoobstetra.
4	Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente	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 a su cargo	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 prestacion del servicio	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		

Observaciones:

Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL

Firma del Contratista

C.C 19.372.330 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	XIMENA ANDREA GARAVITO HIGUERA
CARGO:	LIDER PEDIATRIA Y NEONATOS
FIRMA	

SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	19372330
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:		JAMES ABEL BERNAL BASTIDAS	BERNAL BASTIDAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CL 4 41A-35	TELÉFONO:	3701815
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	UNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7734421307**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	septiembre	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	septiembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2019	SALUD:	AÑO:	2019
DÍAS DE MORA:		14			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2019/10/22	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		511013925

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800227940	231001	231001-COLFONDOS	1	$ 469.500
SUBTOTAL:			1	**$ 469.500**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	$ 366.800
SUBTOTAL:			1	**$ 366.800**
CAJA DE COMPENSACIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860007336	CCF22	CCF22-COLSUBSIDIO	1	$ 17.700
SUBTOTAL:			1	**$ 17.700**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 71.600
SUBTOTAL:			1	**$ 71.600**

TOTAL PAGADO:	**$ 925.600**

JAMES ABEL BERNAL BASTIDAS

NIT. 19372330-0

Resolución DIAN No. 320001110178
2014/02/14 Autoriza del 1 al 100

ACTIVIDAD ECONÓMICA
EXENTA DE IVA - 8621

FACTURA DE VENTA

No. 84

FECHA	DÍA	MES	AÑO
Facturación	31	10	2019
Vencimiento			

CLIENTE ó DEUDOR: Subred Centro Oriente

DIRECCIÓN: Dig 34 + 5-43 TEL.: 3444484

FORMA DE PAGO NIT.: 900939051-7

RESOLUCION DIAN 18764000058770 FECHA 2008-05-13 AL 100 TALONARIO

PUBLIFORMAS IMPRESORES NIT. 51.933.484 - 0 TEL. 609 6709

CANTIDAD	DESCRIPCIÓN	Vr. UNITARIO	Vr. TOTAL
	Prestacion de Servicios Como Medico Hospitalario con Entrenamiento en Psiquiatria		$ 436.000
SON: Cinco millones cuatrocientos treinta y seis mil pesos		SUB TOTAL $	
Observaciones:		TOTAL $	$ 5436.000

ACEPTADA
Nombre: _____
firma: _____
C.C. ó NIT: _____ Fecha: _____

La presente Factura de Venta es un Título Valor conforme a la Ley 1231 de 17/07/2008 y cumple con las leyes legales vigentes: Artículo 884 del Código de Comercio. Vencido el plazo estipulado de esta Factura se cobrarán intereses por mora a partir de la fecha de su vencimiento a la tasa máxima legal permitida.

ELABORÓ

Calle 4 No. 41 A - 35 - Tel.: 370 1815 - Cel.: 313 436 1096 - jamezaco@gmail.com - Bogotá, D.C. - Colombia