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:** $ 5.742.000 **Valor a cobrar:** $ 5.742.000

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				

Nº 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
10	NOVIEMBRE	$ 5.742.000	$ 861.500	7736869021
0				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 38.016.000	$ 61.248.000	$ 61.017.000	$ 231.000

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:** 2019-11-01 **Hasta:** 2019-11-30

	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 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 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 prestación 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:	MAURICIO GARZON GRANADOS
CARGO:	LIDER MATERNO INFANTIL
FIRMA	

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. 85

CLIENTE ó DEUDOR: Subred Centro Oriente

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

FORMA DE PAGO NIT.: 900959051-3

FECHA	DÍA	MES	AÑO
Facturación	30	11	2019
Vencimiento			

CANTIDAD	DESCRIPCIÓN	Vr. UNITARIO	Vr. TOTAL
	Prestacion de Servicios Como Medico Hospitalario con Entrenamiento en Pediatria		5742.000
SON: Cinco millones setecientos cuarenta y dos mil pesos		SUB TOTAL $	
Observaciones:		TOTAL $	5742.000

RESOLUCIÓN DIAN 18762008058770 FECHA 2018-05-03 HABILITA DEL Nº 31 AL 100

PUBLIFORMAS IMPRESORES NIT.51.933.494 - 0 TEL: 609 6709

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

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

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 D.C.	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 facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	7736869021	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES				
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES octubre	AÑO 2019	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES octubre	AÑO 2019		
DÍAS DE MORA:	7						
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2019/11/19	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	522856400				

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
231001	231001-COLFONDOS	1	$ 443,200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 2,300	$ 0	$ 443,200	$ 2,300	$ 445,500
SUBTOTALES:										$ 443,200	$ 2,300	$ 445,500

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	$ 346,300	$ 0	$ 1,800	$ 0	$ 346,300	$ 1,800	$ 0	$ 348,100
SUBTOTALES:													$ 346,300	$ 1,800	$ 0	$ 348,100

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
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 67,500	$ 67,500	$ 400	$ 0	$ 67,900
SUBTOTALES:									$ 67,500	$ 400	$ 0	$ 67,900

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

CÓDIGO	ADMINISTRADORA / NOMBRE	No. COTIZANTES	TOTALES		
			APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF22	CCF22-COLSUBSIDIO	1	$ 16,700	$ 100	$ 16,800
SUBTOTALES:			$ 16,700	$ 100	$ 16,800

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																					SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES							
																														PENSIÓN								SALUD								ARP								CCF			SENA		ICBF		ESAP		MINEDU	
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	SAL INTEGRAL	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT.	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT.	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT.	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT.	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 19372330	BERNAL BASTIDAS JAMES ABEL	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		$ 2.904.000			NO								01-30										231001-COLFONDOS	30	$ 2,770,000	$ 443,200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 443,200	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 2,770,000	$ 346,300	$ 0	$ 346,300	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 2,770,000	$ 19372330	$ 67,500	30	$ 2,770,000	CCF22-COLSUBSIDIO	$ 16,700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL $ 878.300

Planilla Pagada
SOI
Planilla Pagada