Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E**
**APOYO – GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO**
**FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO**

**CÓDIGO: AP-IA-FT-014**
**VERSIÓN: 01**

## 1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. CONTRATO - OPS:** | PS 2519 2019 | **C.D.P. No.:** | 165 | **Proceso al que pertenece:** | PROCESO ASISTENCIAL/MEDICO GENERAL |
| | | | | **Unidad a la que pertenece:** | UNIDAD SANTA CLARA |

**Nombre del Contratista:** MAYRA DAYANA PEREZ SOLER **C.C.** 1.121.838.372 **de:** Villavicencio

**Fecha Inicio:** 2019-02-01 **Fecha Terminación incial:** 2019-07-31 **Valor Mensual:** $ 2.772.000 **Valor a cobrar:** $ 2.772.000

| ADICIÓN/ OTROSI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 01 | $ 6.336.000 | 1755 | 01/08/2019 | 30/09/2019 |
| 02 | $ 3.564.000 | 2307 | 01/10/2019 | 30/11/2019 |
| 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 | $ 0 | $ 0 | 0 |
| 2 | FEBRERO | $ 2.772.000 | 765365 | 1018953407 |
| 3 | MARZO | $ 3.168.000 | $ 764.365 | 1018955167 |
| 4 | ABRIL | $ 2.772.000 | $ 784.301 | 1019674514 |
| 5 | MAYO | $ 3.564.000 | $ 713.101 | 1020388831 |
| 6 | JUNIO | $ 3.168.000 | $ 879.221 | 102163118 |
| 7 | JULIO | $ 2.772.000 | $ 665.461 | 1021664037 |
| 8 | AGOSTO | $ 2.772.000 | $ 499.080 | 479382509 |
| 9 | SEPTIEMBRE | $ 3.168.000 | $ 808.121 | 1023893325 |
| 10 | OCTUBRE | $ 2.772.000 | $ 760.481 | 1024505686 |
| 11 | NOVIEMBRE | $ 0 | $ 0 | 0 |
| 12 | DICIEMBRE | $ 0 | $ 0 | 0 |
| 13 | 01/01/2020 | $ 0 | $ 0 | 0 |

**Resumen de contrato**

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 19.008.000 | $ 28.908.000 | $ 26.928.000 | $ 1.980.000 |

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

**OBJETO DEL CONTRATO**

Prestar sus servicios profesionales de manera personal y autonoma en su condición de médico, para la ejecución de actividades asistenciales demás asignadas, en los diferentes servicios en las unidades que se requiera, conforme a las necesidades de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

**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 dentro del plan de manejo, con un alto nivel científico, ético y humano, de una manera oportuna y pertinente, en correspondencia con las necesidades de los pacientes, y teniendo en cuenta que todas las decisiones clínicas generadas en la atención médica, procurarán el mejoramiento de la salud del paciente, el uso racional del conocimiento médico y de los recursos disponibles. | Se Realizaron las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan de atención de su profesión. |
| 2 | Brindar una atención en salud buscando los mejores estándares de oportunidad, integridad, suficiencia, continuidad y pertinencia, en un ambientede atención personalizada y humanizada, cumpliendo el principio de equidad y con énfasis en actividades, procedimientos, protocolos, intervenciones y guías de atención, de acuerdo a los estándares de habilitación y acreditación. | Se llevo 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. |
| 3 | Prestar sus servicios asistenciales respetando la autonomía institucional de la Subred, su visión, misión, estructura orgánica reglamentos administrativos, técnicos, científicos y disciplinarios, acogiendo las directrices institucionales. | Se Cumplió con la prestación de los servicios asistenciales respetando la autonomia institucional de la Sub Red, acogiendo las directrices institucionales. |
| 4 | Realizar las actividades según las necesidades de la Subred dando cobertura en todas las unidades en donde se oferta el servicio ya sea requerido. | Se realizaron las actividades según las necesidade sde la Sub Red dando cobertura en todas la sunidades según necesidad. |
| 5 | Informar al paciente y su familia sobre la condición clínica, plan de manejo, atención y recomendaciones de egreso, conocer el grado de satisfacción sobre los servicios prestados y resolver inquietudes relacionadas con el proceso de atención. | Se informo al paciente y su familia sobre la condición clínica, plan de manejo, atención y recomendaciones de egreso, resolviendo las inquietudes con respecto a la atención. |
| 6 | Llevar registro de la actividades, procedimientos e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la institucion y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de facturación. | Se llevo registro de la actividades, procedimientos e intervenciones, así como se mantuvo actualizados los informes estadísticos definidos por la institucion y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de facturación. |
| 7 | Respetar los derechos del paciente, cumplir el código de ética médica y las disposiciones legales pertinentes propias de los servicios en donde se preste la atención. | Se respetaron los derechos del paciente, cumpliendo con el código de ética médica y las disposiciones legales pertinentes propias de los servicios en donde se presto la atención. |
| 8 | Realizar seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación e impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados. | Se realizó seguimiento y control a pacientes en los que se requeria su participación y se impartieron instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados. |
| 9 | Emitir conceptos médicos que se le requieran, realizar resúmenes de historia clínica, epicrisis u otros documentos asistenciales o administrativos que sean solicitados. | Se emitierón los conceptos médicos que se requerian, se realizaron resúmenes de historia clínica, epicrisis u otros documentos asistenciales o administrativos solicitados. |
| 10 | Diligenciar en forma completa, oportuna, sistematizada y legible la historia clínica del paciente(en los casos en que se presenten fallas del sistema, los formatos), consentimiento informado, reporte de estudios y demás registros propios de su actuar, de aacuerdo a lo establecido en la normatividad vigente, los procedimientos de auditoria y demás directrices relacionadas con el manjeo de histroias clinicas y respaldando todas las actuaciones realizadas al paciente con firma y sello. | Diligencie en forma completa, oportuna, sistematizada y legible la historia clínica del paciente(en los casos en que se presenten fallas del sistema, los formatos), consentimiento informado, reporte de estudios y demás registros propios de su actuar, de aacuerdo a lo establecido en la normatividad vigente, los procedimientos de auditoria y demás directrices relacionadas con el manjeo de historias clínicas y respaldando todas las actuaciones realizadas al paciente con firma y sello. |
| 11 | Garantizar la debida reserva de la información del paciente y de los registros clínicos | Garantice la debida reserva de la información del paciente y de los registros clínicos. |
| 12 | Garantizar la integridad y adecuado funcionamiento de los equipos , elementos e instalaciones, así como la utilización racional de los recursos que la Subred aporte al desarrollo de las actividades contratadas y responder por su reposición o reparación cuando los daños ocasionen por negligencia o inadecuada manipulación de los insumos. | Garantice la intregridad y adecuado funcionamiento de los equipos, elementos e instalaciones, haciendo buen uso de estos. |
| 13 | Reportar al area de recursos fisicos - Activos Fijos de la Subred, los equipos de propiedad del contratista, que se destine a las actividades asistenciales. | Reporte al area de recursos fisicos - Activos Fijos de la Subred, los equipos de propiedad del contratista, que se destine a las actividades asistenciales. |
| 14 | El contratista deberá responder por la seguridad y mantenimiento de los equipos que se encuentran bajo su custodia. | Respondi por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas. |
| 15 | Participar activamente en el desarrollo , implementación y cumplimiento de las politicas institucionales, sistema integrado de gestión, acreditación,, segruidad del paciente y demás actividades enmarcadas dentro del sistema obligatorio de garantía de la calidad. | Participé en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado. |
| 16 | Tener disposición de participar en la actividades del servicio. | Participe activamente en las actividades propuestas por el servicio. |

**Observaciones:**

Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL.
En caso de tener contrato nuevo se debe anexar también la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro

**Firma del Contratista**

**C.C.** 1.121.838.372 **de** Villavicencio

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS | |
|---|---|
| **NOMBRE:** | DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS |
| **CARGO:** | LIDER PROCESO URGENCIAS |
| **FIRMA** | |

Simple

## Información de la Planilla Pagada

| | |
|---|---|
| Nit o Operador de Información | 900097333-9 |
| Razón Social Operador de Información | SIMPLE S.A. |
| Descripción | Pago de Seguridad Social |
| Fecha | 2019-10-07, 07:38:53 PM en horario extendido |
| Periodo Otros Riesgos | septiembre de 2019 |
| Periodo Para Salud | septiembre de 2019 |
| Empleado | MAYRA DAYANA PEREZ SOLER |
| CEDADANIA | CC 1121838372 |
| Código Postal (Nombre) | () |
| Referencia Pago/ Número Planilla | 1024505686 |
| Tipo | I |
| Número Bancaria/ CUS | 504903508 |
| Pasarela | (1051) – BANCO DAVIVIENDA |
| | $ 760.481 |
| Estado | Aprobada |
| Fecha | 7-10-2019 |

| Nit | Código | | Número Afiliados | Valor sin Mora | Total Intereses Mora |
|---|---|---|---|---|---|
| N800224808 | 2303 | | 1 | $ 393.281 | $ 0 |
| N800251440 | EPS0 | ADORA DE SALUD | 1 | $ 307.300 | $ 0 |
| N890903790 | 14-1 | | 1 | $ 59.900 | $ 0 |
| | | | | | |
| | | **SubTotales:** | | $ 760.481 | $ 0 |
| | | **Total a Pagar:** | | | $ 760.481 |

84 horas.



Líneas de Servicio 1 [illegible] Medellin: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 655 30 03 - Pereira: 313 93 00 - Resto País: 0180 00 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

SIMPLE S.A. no se hace [illegible] a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la información suministrada directamente por el cliente.

Antes de imprimir [illegible] necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE**
**SERVICIO DE URGENCIAS**
**PRODUCTIVIDAD**

**UNIDAD FUNCIONAL :** UMHES santa clara
**NOMBRE DEL CONTRATISTA:** Nayra Perez Soler
**PROFESIÓN :** MEDICO GENERAL
**FECHA DE EJECUCION DEL CONTRATO:**

| Nº | ACTIVIDADES | AÑO 2019 | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | ENERO | FEBRERO | MARZO | ABRIL | MAYO | JUNIO | JULIO | AGOSTO | SEPTIEMBRE | OCTUBRE | NOVIEMBRE | DICIEMBRE |
| 1 | *Horas programadas según cuadro actividades mes* | | | | | | | | | | 84 | | |
| 2 | *Horas ejecutadas* | | | | | | | | | | 84 | | |
| 3 | *Otras horas realizadas en otras areas diferentes a urgencias* | | | | | | | | | | 0 | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | **TOTAL (Actividades)** | | | | | | | | | | | | |

| | |
|---|---|
| **HORAS A COBRAR** | 84 |
| **VALOR HORA** | 33.000 |
| **VALOR TOTAL A COBRAR MES:** | 2772000 |

**Firmas:**

**CONTRATISTA:** _____

**Visto Bueno LIDER :** _____