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 2520 2019	**C.D.P. No.:**	165	**Proceso al que pertenece:**	PROCESO ASISTENCIAL/TOXICOLOGO
				Unidad a la que pertenece:	UNIDAD SANTA CLARA

Nombre del Contratista: PILAR JULIETA ACOSTA GONZALEZ **C.C.** 52.284.341 **de:** Bogota

Fecha Inicio: 2019-02-01 **Fecha Terminación incial:** 2019-07-31 **Valor Mensual:** $ 12.816.210 **Valor a cobrar:** $ 12.816.210

ADICIÓN/ OTROSI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
01	$ 23.295.280	1755	01/08/2019	30/09/2019
02	$ 12.099.320	2307	01/10/2019	30/11/2019
03	$ 11.884.122	2785	01/12/2019	31/12/2019
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	$ 12.797.600	1635200	33024233
3	MARZO	$ 12.797.600	$ 1.635.200	33611837
4	ABRIL	$ 11.141.440	$ 1.423.600	34103948/34184224
5	MAYO	$ 12.797.600	$ 1.635.200	34874371
6	JUNIO	$ 12.421.200	$ 1.587.200	35477642
7	JULIO	$ 12.797.600	$ 1.635.200	36077786
8	AGOSTO	$ 13.049.232	$ 1.667.100	36762466
9	SEPTIEMBRE	$ 12.816.210	$ 1.638.500	37410031
10	OCTUBRE	$ 13.748.298	$ 1.756.500	37960643
11	NOVIEMBRE	$ 12.816.210	$ 1.637.600	38627631/38740187
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
	$ 81.302.400	$ 128.581.122	$ 127.182.990	$ 1.398.132

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

OBJETO DEL CONTRATO

Prestar sus servicios personales de apoyo, en su condición de toxicologo para la ejecución de actividades asistenciales en los procesos de gestión de servicios complementario, hospitalización, quirurgicos, urgencias y ambulatorios conforme a las necesidades de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2019-11-01 **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	1. Realizar las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan de atención de su especialidad.	1. Realizo las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan de atención de su especialidad.
2	2. 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.	2. 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	3. Cumplir con las exigencias legales y éticas para el manejo adecuado de la historia clínica.	3. Cumplio con las exigencias legales y éticas para el manejo adecuado de la historia clínica.
4	4. Participar en la programación de actividades del área.	4. Participo en la programación de actividades del área.
5	5. Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.	5. Reporto los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.
6	6. Realizar resúmenes de historia clínica, epicrisis u otros documentos asistenciales o administrativos según se requiera.	6. Realizo resúmenes de historia clínica, epicrisis u otros documentos asistenciales o administrativos según se requiera.
7	7. Notificar los sucesos 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.	7. Notifico los sucesos 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	8. Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente.	8. Impartio instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente.
9	9. Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad	9. Diligencio en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad
10	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, reportes de estudios y demás registros propios de su actuar, de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente, los procedimientos de auditoria y demás directrices relacionadas con el manejo de historias clínicas y respaldando todas las actuaciones realizadas al paciente con firma y sello	10. Diligencio el consentimiento informado acorde con la atención brindada.
11	11. Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.	11. Practico el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.
12	12. Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención	12. Informo al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención
13	13. Emitir conceptos médicos que se le requieran, de conformidad a su especialidad.	13. Emitio conceptos médicos que se le requieran
14	14. Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la normatividad vigente	14. Apoyo el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la normatividad vigente
15	15. Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas.	15. Respondio por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas.
16	16. Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	16. Participo en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.

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. 52.284.341 **de** Bogota

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS
CARGO:	LIDER PROCESO URGENCIAS
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	52284341	Pilar Julieta Acosta Gonzalez		calle 135 53 56	4611722	pilarjulieta@yahoo.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	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2019-11	2019-11	I	12/11/2019	38627631	$1.210.900	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	473.900	0		0		0	0	0	0	473.900	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
230901	Old Mutual	800253055-2	606.600	0	0	19.000	19.000	0	0		644.600	1

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	92.400				92.400	0	0	92.400			924	92.400	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	473.900	473.900
Pensión	1	644.600	644.600
Riesgos Laborales	1	92.400	92.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.210.900	1.210.900

PAGADA
38627631

165 horas

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

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	52284341	Pilar Julieta Acosta Gonzalez	calle 135 53 56	4611722	pilarjulieta@yahoo.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	
38627631	12/11/2019				EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2019-11	2019-11	N		38740187	TOTAL A PAGAR	
					$426.700	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	167.000	0		0		0	0	0	0	167.000	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
230901	Old Mutual	800253055-2	213.800	0	0	6.700	6.700	0	0		227.200	1

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	32.500				32.500	0	0	32.500			325	32.500	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	167.000	167.000
Pensión	1	227.200	227.200
Riesgos Laborales	1	32.500	32.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	426.700	426.700

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

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

NIDAD FUNCIONAL : UMHES SANTA CLARA
OMBRE DEL CONTRATISTA: Pilar Julieta Acosta G
ROFESIÓN : TOXICOLOGO
ECHA DE EJECUCION DEL CONTRATO: Nov 01 al 30/19

Nº	ACTIVIDADES	AÑO 2019											
		ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
1	*Horas programadas según cuadro actividades mes*											165	
2	*Horas ejecutadas*											165	
3	*Otras horas realizadas en otras areas diferentes a urgencias*												
4													
5													
6													
7													
8													
9													
	TOTAL (Actividades)												

C. Extrna 28h

HORAS A COBRAR	165
VALOR HORA	77674
VALOR TOTAL A COBRAR MES:	12816210

Firmas:

CONTRATISTA: _____

Visto Bueno LIDER : _____