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
FECHA: 2017-07-07

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: PS 1379-2018 | C.D.P. No.: 109 | Proceso al que pertenece: CIRUGIA | Unidad a la que pertenece: USS JORGE ELIECER GAITAN

Nombre del Contratista: SANTIAGO HUERTAS TAFUR | C.C. 1.020.716.656 | de: BOGOTA

Fecha Inicio: 01/10/2019 | Fecha Terminación incial: 30/11/2019 | Valor Mensual: $ 13.866.240 | Valor a cobrar: $ 13.866.240

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 28.614.528	1756	01/08/2019	30/09/2019
2	$14.321.046	2304	01/10/2019	30/11/2019
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	FEBRERO	$ 12.566.280	$ 1.923.800	7713578583
2	MARZO	$ 14.732.880	$ 2.054.800	7716354384
3	ABRIL	$ 13.866.240	$ 1.867.600	7718738910
4	MAYO	$ 13.866.240	$ 1.926.300	7721307173
5	junio	$ 13.866.240	$ 1.925.000	7723797674
6	JULIO	$ 13.866.240	$ 1.852.300	7792384772
7	AGOSTO	$ 14.307.264	$ 2.566.400	7729013403
8	SEPTIEMBI	$ 14.307.264	$ 2.409.600	7731651158
9	OCTUBRE	$14.307.264	2.187.800	7734332134
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 83.197.440	$ 126.133.014	$ 125.685.912	$ 447.102

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

OBJETO DEL CONTRATO

Prestar los servicios profesionales de CIRUJANO 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: 01/10/19 Hasta: 31/10/19

	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.	**Solicitud de apoyo diagnostico necesario de acuerdo a patologias a estudio**
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.	registro electronio de los procedimeintos realizados con los codigos de facturacion actualizados
3	3) Cumplir con las exigencias legales y éticas para el manejo adecuado de la historia clínica.	se cumplen con las exigencias legales del manejo y registro de infomrcino en historia clincl del paciente
4	4) Participar en la programación de actividades del área.	desarrollo de lista de actividades de especilistas y cumplimiento de las mismas
5	5) Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.	reporte de eventos de notificacion obligatoria
6	6) Realizar resúmenes de historia clínica, epicrisis u otros documentos asistenciales o administrativos según se requiera.	se completan resumenes solicitados por administrativos
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.	informe a personal administrativo sobre eventos presentados
8	8) Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente.	divulgacion de conducta medica con el personal del equipo de salud
9	9) Diligenciar en forma adecuada los formatos oinstrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	diligenciamiento de historia clinlca, fomrato de consentimiento informado, soliitud de examenes adicioneales
10	10) Diligenciar el consentimiento informado acorde con la atención brindada.	diligenciamiento, firma y revision de consentimiento informado
11	11) Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.	evaluacion y seguimiento diario de los pacientes hospitalizados por el servicio en la institucion

12	12) Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.	atencion a familiares tanto en hospitalizacion como en urgencias y en consulta externa
13	13) Emitir conceptos médicos que se le requieran.	atencion a valoraciones solicitadas, participacion en juntas medicas
14	14) Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la normatividad vigente.	revision y aplicación de la normatividad.
15	15) Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas.	cuidado y vigilancia de los elementos utilizados durante la practica del jercicio quirurgico
16	16) Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	asistencia a las reuniones programadas, asi como acitividades de capacitacion
17	17) Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos, guías, manuales, protocolos y demás establecidos por la Entidad, además de apoyar la implementación de los mismos.	desarrollo y aplicación de guias de manejo
18	18) Apoyar a la Entidad en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.	realizando actividades solicitadas por la institucion de acuerdo a sus requerimientos
19	19) Participar en la elaboración y actualización de los manuales de normas procedimientos y protocolos asistenciales del área.	desarrollo y aplicación de guias de manejo
20	20) Instruir a la comunidad sobre la prevención de las enfermedades propias de su especialidad.	brindando informacion de promocion y prevencion con los pacientes que asisten a la institucion y sus familiares o acudientes.
21	21) Mantener la reserva de la información.	manteniendo la informacion del paciente limitado al registro de historia clinica
22	22) Informar al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de sus obligaciones.	informar sobre posibles incapacidades o eventos que impidan el cumplimiento del las obligaciones adquiridas
23	23) Velar porque la atención sea humana, eficaz, cálida con todos y cada uno de los usuarios que requieran el servicio.	retroalimentacion a los integrantes del equipo medico sobre su actuar, asi como realizacion de autoevaluacion.
24	24) Desarrollar actividades de docencia de servicio en la revista médica u otro espacio dirigidas a los estudiantes y/o personal del servicio para el desarrollo y formación del recurso humano en salud si aplica.	aclaracion de dudas y sugerencias tanto con medicos hospitalarios, de ugencias, asi como con personal de enfermeria y demas asistenciales.
25	25) Desarrollar las actividades de supervisión de los contratos cuando estas sean asignadas.	aplicación de actividades estipuladas en el contrato.

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. 1.020.716.656 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	LIMA MARCELA ROJAS
CARGO:	LIDER USS JORGE ELIECER GAITAN
FIRMA	

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1020716656
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			SANTIAGO HUERTAS TAFUR
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CARRERA 11A #96-12 APTO 503	TELÉFONO:	9206704
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de hospitales y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7734332134**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES	
PERIODO COTIZACIÓN	MES: septiembre	PERIODO COTIZACIÓN		MES:	septiembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2019	SALUD:		AÑO:	2019
DÍAS DE MORA:	10				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2019/10/21	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			510380549

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 1.164.600
SUBTOTAL:			1	**$ 1.164.600**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	$ 856.200
SUBTOTAL:			1	**$ 856.200**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
890903790	14-11	14-11 - ARL SURA	1	$ 167.000
SUBTOTAL:			1	**$ 167.000**

TOTAL PAGADO:	**$ 2.187.800**