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 3289-2019 | C.D.P. No.: 279 | Proceso al que pertenece: URGENCIAS
Unidad a la que pertenece: USS JORGE ELIECER GAITAN

Nombre del Contratista: KELLY ALEXANDRA MESA INFANTE | C.C. 52.918.775 | de: BOGOTA

Fecha Inicio: 2019-02-01 | Fecha Terminación incial: 2019-07-31 | Valor Mensual: | Valor a cobrar: $5,864,691

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$9,702,420	1756	2019-08-01	2019-09-30
2	$ 5.845.548	2304	2019-10-01	2019-11-30
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	$ 4.770.900	$ 660.200	33262491
2	MARZO	$5,301,000	$ 590,400	33838897
3	ABRIL	$6,361,200	$ 662,100	34514372
4	MAYO	$5,301,000	$ 792,100	35025155
5	JUNIO	$5,301,000	$ 660,100	35715200
6	JULIO	$5,301,000	$ 658,100	36250087
7	AGOSTO	$5,834,304	$ 656,700	36552148
8	SEPTIEMBRE	$5,439,273	$ 724,700	37575114-37563149
9	OCTUBRE	$5,864,691	$ 684,600	37838389
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
$ 33.926.400	$ 49.474.368	$49,474,368	$ 0

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

OBJETO DEL CONTRATO

Prestar los servicios profesionales de MEDICO 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 OBLIGACION
1	Realizar las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan d atención de su profesión.	Realice las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan de atención de su profesión.
2	Llevar registro de la atención de los procedimientos, actividades intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadístico	Lleve 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
3	Cumplir con las exigencias legales y éticas para el manejo adecuado de l historia clínica.	Cumplí con las exigencias legales y éticas para el manejo adecuado de la historia clínica.
4	Participar en la programación de actividades del área	Participó en la programación de actividades del área
5	Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.	Reporte los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.
6	en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones d mejora definidas para el servicio.	Notifique 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	Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimiento ordenados al paciente.	Imparti instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente.
8	Diligenciar el consentimiento informado acorde con la atención brindada	Diligencié el consentimiento informado acorde con la atención brindada.
9	actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad; Realizando los registros correspondientes en la historia clínica, solicitudes de exámenes diagnósticos, formulación de medicamentos, formatos no POS, interconsultas, remisiones y otros documentos según indicaciones de los médicos tratantes, y avalado con firma y sello por los Médicos	Diligencie en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad; Realizando los registros correspondientes en la historia clínica, solicitudes de exámenes diagnósticos, formulación de medicamentos, formatos no POS, interconsultas, remisiones y otros documentos según indicaciones de los médicos tratantes, y avalado con firma y sello por los Médicos Especialistas
10	Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.	Practiqué el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.
11	Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención	Informé al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención
12	Emitir conceptos médicos que se le requieran.	Emití conceptos médicos que se le requieran.
13	Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garanti de la Calidad según requerimientos de la normatividad vigente.	Se poyó en el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la normatividad vigente.
14	Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas.	Respondí por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas.
15	Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	Participé en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.
16	protocolos y demás establecidos por la Entidad, además de apoyar la implementación de los mismos	Conozco y dí cumplimiento a los procedimientos, guías, manuales, protocolos y demás establecidos por la Entidad, además de apoyar la implementación de los mismos
17	Apoyar a la Entidad en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales	Apoyé a la Entidad en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales
18	Participar en la elaboración y actualización de los manuales de normas procedimientos y protocolos asistenciales del área	no aplica

Scanned by CamScanner

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

19	Instruir a la comunidad sobre la prevención de las enfermedades propias de su especialidad.	Instrui a la comunidad sobre la prevención de las enfermedades propias de su especialidad.
20	Mantener la reserva de la información	Mantuve la reserva de la información
21	Informar al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de sus obligaciones.	Informe al supervitor del contrato cualquier novedad que afectaron el cumplimiento de mis obligaciones.
22	Velar porque la atención sea humana, eficaz, cálida con todos y cada uno de los usuarios que requieran el servicio.	Vele porque la atención sea humana, eficaz, cálida con todos y cada uno de los usuarios que requieran el servicio.
23	Apoyo en procedimientos médico quirúrgicos según solicitud del médico tratante requiera.	Apoye procedimiento medico quirugico cuando fue requerido
24	reuniones académicas, juntas médicas, reuniones asistenciales o administrativas según las necesidades del servicio y cuando se le	Participe en las Revistas Médicas con la especialidad pertinente, reuniones académicas, juntas médicas, reuniones asistenciales o administrativas según las necesidades del servicio y cuando se le requiera.
25	Dar respuesta a quejas o requerimientos oportunamente cuando se le asigne	Di respuesta a quejas o requerimientos oportunamente cuando me lo indicaron
26	Realizar resúmenes de historia clínica, epicrisis u otros documentos asistenciales o administrativos según se requiera	Realice resúmenes de historia clinica, epicrisis u otros documentos asistenciales o administrativos según se requiera
27	Acompañamiento de visitas externas a los servicios cuando se requieran	No tuve visitas externas a los servicios
28	Promovi las normas de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad en los servicios asignados	Promuevo las normas de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad en los servicios asignados
30	Desarrollar las actividades de supervisión de los contratos cuando estas sean asignadas.	Desarrolle las actividades de supervisión de los contratos cuando estas sean asignadas.

Observaciones: Realice durante el mes 193 horas

KELLY ALEXANDRA MESA I.
Firma del Contratista

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

C.C. 52.918.775 de BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	LINA MARCELA ROJAS
CARGO:	LIDER UMHES JORGE LIECER GAITAN
FIRMA	

Scanned by CamScanner

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÒN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52918775	KELLY ALEXANDRA MESA INFANTE	CL 83 A No. 118 - 29 CASA 65	3444484	k.mesa.ips.hco@gmail.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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2019-09	2019-09	I	23/10/2019	37838389	$684.600	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	275.300	0		0		0	6	1.300	0	276.600	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	352.400	0	0	0	0	6	1.600	0	354.000	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	53.700				53.700	6	300	54.000			537	54.000	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	275.300	276.600
Pensión	1	352.400	354.000
Riesgos Laborales	1	53.700	54.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	681.400	684.600

PAGADA 37838389

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

Scanned by CamScanner

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	52918775	KELLY ALEXANDRA MESA INFANTE	CL 83 A No. 118 - 29 CASA 65	3444484	k.mesa.ips.hco@gmail.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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2019-09	2019-09	I	23/10/2019	37838389	$684.600	

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiz. estudiante	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC	52918775	MESA INFANTE KELLY ALEXANDRA	59	0			N																	230901	2.202.264	352.400	0	0	0	0	EPS005	2.202.264	275.300	14-11	2.202.264	3	53.700		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Scanned by CamScanner