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 0695 2019 **C.D.P. No.:** 2303 **Proceso al que pertenece:** GESTION HOSPITALARIA
Unidad a la que pertenece: UNIDAD DE PRESTACION DE SERVICIOS SANTA CLARA

Nombre del Contratista: ANGELA MARIA MARTINEZ GUTIERREZ **C.C.** 52.420.504 **de:** Bogotá DC

Fecha Inicio: 2019-02-01 **Fecha Terminación incial:** 2019-07-31 **Valor Mensual:** $ 15.201.468 **Valor a cobrar:** $ 15.201.468

ADICIÓN/ OTROSI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 2.455.480	1605	2019-07-25	2019-07-30
2	$ 30.701.004	1756	2019-08-01	2019-09-30
3	$ 15.797.604	2303	2019-09-30	2019-10-31
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDA	NÚMERO DE PLANILLA
1	FEBRERO	$ 13.288.480	$ 1.673.300	8488927154
2	MARZO	$ 14.155.120	$ 1.708.100	8490016416
3	ABRIL	$ 14.155.120	$ 1.809.400	8491251054
4	MAYO	$ 15.310.640	$ 1.809.400	8492349057
5	JUNIO	$ 12.999.600	$ 1.964.000	8493334285
6	JULIO	$ 9.821.920	$ 1.662.200	8494336112
7	AGOSTO	$ 14.605.332	$ 1.261.000	8495596444
8	SEPTIEMBRE	$ 15.201.468	$ 1.875.500	8496730110
9				
10				
11				
12				
13				

Resumen de contrato	VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
	$ 83.197.440	$ 132.151.528	$ 109.537.680	$ 22.613.848

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

OBJETO DEL CONTRATO

Apoyo asistencial en el Area de la Unidad de Salud Mental de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. Unidad Prestadora Servicios de Salud SANTA CLARA

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2019-09-01 **Hasta:** 2019-09-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	Realizar las acciones médicas necesarias para el mejoramiento de la salud de los pacientes	Se realizo el seguimiento medico de cada uno de los pacientes para el mejoramiento de su salud
2	Registrar en la historia clinica todas las acciones relativas al cuidado del paciente para dejar constancia cientifica y legal de lo actuado.	Se llevo a cabo el registro en la historia clinica de las evoluciones realizadas a los pacintes de la unidad.
3	Evaluar el resultado de las acciones médicas tomadas durante el servicio con el fin de ajustar las conductas.	Se realiza seguimiento a los pacientes llevando a cabo entregas de turno y revistas medicas
4	Establecer las medidas necesarias para brindar una atención con calidad permitiendo dar solución a las dificultades surgidas en el desarrollo del proceso de atención al paciente, integrando a las diferentes especialidades médico quirúrgicas y demas áreas del Hospital que sean necesarias.	Se realiza analisis de casos, comites de calidad, junta medica si el caos lo requiere
5	Realizar análisis de los indicadores de morbi –mortalidad y auditoria que promuevan procesos de mejoramiento continuo.	Se hace seguimiento a los eventos adversos
6	Participar en la actualización, socialización y aplicación de protocolos y procedimientos segun las guías de manejo del paciente con Trastorno mental	Se lleva a cabo la aplicación y socializacion de los protocolos y procedimientos a los pacientes de la Unidad de Salud Mental
7	Realizar registros y generar informes estadisticos de las actividades ejecutadas con el fin de evaluar el comportamiento poblacional del Hospital	Se realizan informes y registros estadisticos de ls actividades ejecutadas
8	Participar en el diseño y la planeación estratégica de la Unidad Funcional para el logro de la visión institucional.	se lleva a cabo reunion mensul de la Unidad, con el fin de participar en la planeacion estrtaegica de la Unidad.

Observaciones:

Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL.

Firma del Contratista

C.C. 52.420.504 **de** Bogota DC

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	Hugo Germán Reyes Guerrero
CARGO:	Medico Especialista Unidad Salud Mental
FIRMA	

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52420504		MARTINEZ GUTIERREZ ANGELA MARIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 80 NO 10-43 CONSULTORIO 207	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2186685	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2019-08	2019-08	492561858	8496730110	I	2019/09/03	2019/09/09	BANCO DAVIVIENDA	6	$1,875,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$993,800	$4,600	$0	$998,400
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$993,800	$4,600	$0	$998,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$142,400	$700	$0	$143,100
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$142,400	$700	$0	$143,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$730,700	$3,300	$0	$734,000
ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA)	EPS001	830,113,831	0	1	$730,700	$3,300	$0	$734,000
TOTAL				**1**	**$1,866,900**	**$8,600**	**$0**	**$1,875,500**

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52420504		MARTINEZ GUTIERREZ ANGELA MARIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 80 NO 10-43 CONSULTORIO 207	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2186685	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2019-08	2019-08	492561858	8496730110	I	2019/09/03	2019/09/09	BANCO DAVIVIENDA	6	$1,875,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION			SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$5,845,000	$993,800			$5,845,000	$730,700			$0	$0			$5,845,000	$142,400		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$5,845,000	$993,800			$5,845,000	$730,700			$0	$0			$5,845,000	$142,400		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$5,845,000	$993,800			$5,845,000	$730,700			$0	$0			$5,845,000	$142,400		$0	$0
1	CC 52420504	MARTINEZ ANGELA	230201	30	$5,845,000	$993,800	EPS001	30	$5,845,000	$730,700		0	$0	$0	14-7	30	$5,845,000	$142,400	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$5,845,000	$993,800			$5,845,000	$730,700			$0	$0			$5,845,000	$142,400		$0	$0