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**		
	MACROPROCESO	ESTRATÉGICO	**CÓDIGO:**ET-GT-CO-FT-003
	PROCESO	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	
	SUBPROCESO	CONTRATACIÓN OPS	**VERSIÓN:**01
	TIPO DE DOCUMENTO	FORMATO	
	NOMBRE	INFORME Y CUENTA DE COBRO OPS	**FECHA:** 2016-08-01

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: PS 0984 2019 **C.D.P. No.:** 109 **Proceso al que pertenece:** PROCESO ASISTENCIAL/PEDIATRIA **Unidad a la que pertenece:** MATERNO INFANTIL

Nombre del Contratista: ANA CRISTINA WEBBER RUIZ **C.C.** 45.447.775 **de:** CARTAGENA

Fecha Inicio: 2019-02-01 **Fecha Terminación incial:** 2019-07-31 **Valor Mensual:** $ 4.543.722 **Valor a cobrar:** $ 4.543.722

ADICIÓN/ OTROSI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
0				
0				
0				
0				
0				
0				
1	$ 7.235.390	1756	01/08/2019	30/09/2019
2	$ 5.048.580	2304	01/10/2019	30/11/2019
0				
0				
0				
0				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
0				
1	FEBRERO	$ 4.811.450	$ 601.500	77135392286
2	MARZO	$ 6.850.200	$ 857.700	7716149500
3	ABRIL	$ 6.768.650	$ 847.500	7718566291
4	MAYO	$ 5.871.600	$ 727.100	7721146374
5	JUNIO	$ 6.850.200	$ 847.700	7723199963
6	JULIO	$ 7.339.500	$ 908.000	7726023890
7	AGOSTO	$ 7.068.012	$ 928.100	7728062192
8	SEPTIEMBRE	$ 6.563.154	$ 850.800	7731645484
9	OCTUBRE	$ 4.543.722	$ 665.800	7734416680
0				
0				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 46.972.800	$ 59.256.770	$ 56.666.488	$ 2.590.282

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

OBJETO DEL CONTRATO

Prestar los servicios especializados de Pediatra-Neonatologo 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 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 para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de su especialidad.	Realiza las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de su especialidad.
2	Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes	Cumple con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes
3	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	Lleva 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
4	Cumplir con las exigencias legales y éticas para el manejo adecuado de la historia clínica	Cumple con las exigencias legales y éticas para el manejo adecuado de la historia clínica
5	Participar en la programación de actividades del área.	Participa en la programación de actividades del área.
6	Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.	Reporta los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.
7	Notificar las fallas 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.	Notifica las fallas 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	Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente.	Imparte instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente
9	Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad	Diligencia en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad
10	Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento	Diligencia el consentimiento informado acorde al procedimiento
11	Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación	Practica el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación
12	Informar a su familia sobre su condición, plan de manejo y atención	Informa a su familia sobre su condición, plan de manejo y atención
13	Emitir conceptos médicos que se le requieran.	Emite conceptos médicos que se le requieran.
14	Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la normatividad vigente	Apoya el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la normatividad vigente
15	Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado	Participa en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado
16		

Observaciones:

Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL

Firma del Contratista

C.C 45.447.775 **de** CARTAGENA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	XIMENA ANDREA GARAVITO HIGUERA
CARGO:	LIDER PEDIATRIA Y NEONATOS
FIRMA	

soi

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE	
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA NUMERO DE IDENTIFICACIÓN: 45447775
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	ANA CRISTINA WEEBER RUIZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL DEPARTAMENTO: BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CRA 63 # 22-45 TELÉFONO: 4109947
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA: Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	UNICO
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA	
NUMERO PLANILLA:	7734416680 TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES octubre AÑO 2019 PERIODO COTIZACIÓN SALUD: MES octubre AÑO 2019
DIAS DE MORA:	0
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2019/10/22 NUMERO AUTORIZACIÓN: 510938477

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 344.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 344.300	$ 0	$ 344.300
SUBTOTALES:										$ 344.300	$ 0	$ 344.300

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NUMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NUMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN UPC	MORA COTIZACIÓN	MORA UPC	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
EPS044	EPS044-MEDIMAS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 269.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 269.000	$ 0	$ 0	$ 269.000
SUBTOTALES:													$ 269.000	$ 0	$ 0	$ 269.000

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NUMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
14-7	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 52.500	$ 52.500	$ 0	$ 0	$ 52.500
SUBTOTALES:									$ 52.500	$ 0	$ 0	$ 52.500

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

N°	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BASICO	SAL INTEGRAL	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC 45447775	WEEBER RUIZ ANA CRISTINA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE		$ 2.151.600				NO																	

SEGURIDAD SOCIAL – PENSIÓN

N°	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
1	25-14 COLPENSIONES	30	$ 2.151.600	$ 344.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 344.300

SEGURIDAD SOCIAL – SALUD / ARP

N°	SALUD ADMIN	SALUD DIAS COT	SALUD IBC	SALUD COTIZACION	SALUD Vr UPC	SALUD TOTAL APORTE	ARP ADMIN	ARP DIAS COT	ARP IBC	ARP CENTRO DE TRABAJO	ARP TOTAL APORTE
1	EPS044-MEDIMAS	30	$ 2.151.600	$ 269.000	$ 0	$ 269.000	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	30	$ 2.151.600	45447775	$ 52.500

PARAFISCALES

N°	DIAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 665.800

Planilla Pagada

Weeber Ruiz Ana Cristina

Médico Pediatra - Neonatóloga
Registro Médico No. 45447775
Carrera 63 No. 22-45 Torre 6-603 - Tel.: 306 9565 - Cel.: 310 361 9584

Resolución DIAN 18762008497352
Fecha: 2018/05/31
Numeración Autorización del 101 al 200

FACTURA DE VENTA

No. 121

CLIENTE: Subred Centro Oriente NIT.: 900590517
DIRECCIÓN: Diagonal 34 # 5-43 TEL.: 3444484
CIUDAD: Bogota

FECHA: 31 | 10 | 2019

DESCRIPCIÓN	VALOR TOTAL
Honorarios por prestacion de Servicios como medica Pediatra-Neonatologa	4543722

SON: Cuatro millones quinientos cuarenta y tres mil setecientos veintidos pesos

SUBTOTAL	$	
IVA	$	
TOTAL	$	4543722

Esta factura se asemeja a todos sus efectos legales a una letra de cambio según el artículo 5 de la ley 1231 del 2008 del Código de Comercio. Recibí de conformidad la mercancía de que trata esta factura y acepto el valor estipulado en la misma. *Favor girar cheque a nombre de Weeber R. Ana Cristina.*

ACEPTO

Ana Weeber Ruiz

FIRMA Y SELLO - C.C. O NIT 45447775