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 1489 2019 | **C.D.P. No.:** | 164 | **Proceso al que pertenece:** | URGENCIAS |
| | | | | **Unidad a la que pertenece:** | USS SAN BLAS |
| **Nombre del Contratista:** | MARVIN STIVEN BELTRAN CASTRO | **C.C.** | 1.031.129.903 | **de:** | BOGOTA |
| **Fecha Inicio:** | 2019-02-01 | **Fecha Terminación Inicial:** | 2019-07-31 | **Valor Mensual:** | $ 5.634.400 |
| | | | | **Valor a cobrar:** | $ 5.469.660 |

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | $ 8.841.408 | 1755 | 2019-08-01 | 2019-09-30 |
| 2 | $ 5.828.682 | 1755 | 2019-10-01 | |
| 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 | NUMERO DE PLANILLA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | FEBRERO | $ 5.301.000 | $ 668.500 | 33356610 |
| 2 | MARZO | $ 5.124.300 | $ 660.600 | 33641829 |
| 3 | ABRIL | $ 5.477.700 | $ 639.100 | 34283450 |
| 4 | MAYO | $ 4.417.500 | $ 684.100 | 34892284 |
| 5 | JUNIO | $ 5.124.300 | $ 549.800 | 35500383 |
| 6 | JULIO | $ 5.831.100 | $ 636.800 | 35996940 |
| 7 | AGOSTO | $ 5.651.982 | $ 727.700 | 36769346 |
| 8 | SEPTIEMBRE | $ 5.287.338 | $ 683.600 | 37463210 |
| 9 | OCTUBRE | $ 5.469.660 | $ 658.900 | 38059375 |
| 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 | $ 48.596.490 | $ 47.684.880 | $ 911.610 |

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

**OBJETO DEL CONTRATO**

**Relacion de actividades para el periodo:** **Desde:** 2019-10-01 **Hasta:** 2019-10-31

| | OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las marcadas en la parte 1) | DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN |
|---|---|---|
| 1 | señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan de | CONSULTA MEDICA URGENCIAS |
| 2 | intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos | EVOLUCION MEDICA DE PACIENTES HOSPITALIZADOS |
| 3 | definidos por la normatividad vigente y todos aquellos registros necesarios<br>Cumplir con las exigencias legales y éticas para el manejo adecuado de la historia clínica | REALIZACION DE SUTURAS |
| 4 | Participar en la programación de actividades del área. | ATENCION AL PACIENTE CRITICO EN SALA DE REANIMACION |
| 5 | Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente | DILIGENCIAMIENTO DE HISTORIAS CLINICAS |
| 6 | los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora | APOYO EN VALORACION TRIAGE |
| 7 | Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente. | REVISTA Y DOCENCIA A ESTUDIANTES MEDICINA |
| 8 | los registros correspondientes en la historia clínica, solicitudes de exámenes diagnósticos, formulación de medicamentos, formatos no POS. | |
| 9 | Diligenciar el consentimiento informado acorde con la atención brindada | |
| 10 | Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación | |

**Observaciones:**

Se anexa certificacion de pago a Salud, pension 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. 1.031.129.903 de BOGOTA

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS | |
|---|---|
| NOMBRE: | ADRIANA MARIA ROJAS |
| CARGO: | REFERENTE URGENCIAS USS SAN BLAS |
| FIRMA | |

Scanned by CamScanner