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

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 3199 2019	**C.D.P. No.:**	189	**Proceso al que pertenece:**	PROCESO ASISTENCIAL/CIRUJANO GENERAL
				Unidad a la que pertenece:	UNIDAD SANTA CLARA

Nombre del Contratista: ROSANA MEDINA MARTINEZ **C.C.** 52.987.714 **de:** Bogota

Fecha Inicio: 2019-02-01 **Fecha Terminación incial:** 2019-07-31 **Valor Mensual:** $ 16.989.876 **Valor a cobrar:** $ 16.989.876

ADICIÓN/ OTROSI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
01	$ 16.466.160	1605	15/06/2019	31/07/2019
02	$ 35.768.160	1755	01/08/2019	30/09/2019
03	$ 17.884.080	2307	01/10/2019	30/11/2019
04	$ 16.989.876	2785	01/12/2019	31/12/2019
05	$ 17.436.978	3174	02/12/2019	31/01/2020
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	ENERO	$ 0	$ 0	0
2	FEBRERO	$ 13.866.240	2058400	7712911769
3	MARZO	$ 17.332.800	$ 1.780.700	7715559993
4	ABRIL	$ 17.332.800	$ 2.224.800	7718105969
5	MAYO	$ 16.466.160	$ 2.221.500	7720636947
6	JUNIO	$ 17.332.800	$ 2.103.900	7722573209
7	JULIO	$ 17.332.800	$ 2.216.700	7725101383
8	AGOSTO	$ 17.436.978	$ 2.216.700	7727965687
9	SEPTIEMBRE	$ 17.436.978	$ 2.236.300	7730857526
10	OCTUBRE	$ 17.436.978	$ 2.236.100	7733423381
11	NOVIEMBRE	$ 17.436.978	$ 2.229.700	7735886427
12	DICIEMBRE	$ 16.989.876	$ 2.231.200	7738508989
13	01/01/2020	$ 0	$ 0	0

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 83.197.440	$ 187.742.694	$ 186.401.388	$ 1.341.306

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

OBJETO DEL CONTRATO

Prestar sus servicios personales y profesionales, en su condición de especialista en cirugia general, para la ejecución de actividades asistenciales y demás asignadas, en los diferentes servicios y en las unidades que se requiera, conforme a las necesidades de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2019-12-01 **Hasta:** 2019-12-31

	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.	1. Realizo las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan de atención de su especialidad.
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.	2. Llevo el 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.
3	3. Cumplir con las exigencias legales y éticas para el manejo adecuado de la historia clínica.	3. Cumplio con las exigencias legales y éticas para el manejo adecuado de la historia clinica. 4. Participar en la programación de actividades del área.
4	4. Participar en la programación de actividades del área.	4. Participo en la programación de actividades del área.
5	5. Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.	5. Reporto los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.
6	6. Realizar resúmenes de historia clínica, epicrisis u otros documentos asistenciales o administrativos según se requiera.	6. Realizo resúmenes de historia clínica, epicrisis u otros documentos asistenciales o administrativos según se requiera.
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.	7. Notifico 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.
8	8. Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente.	8. Imparto instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente.
9	9. Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	9. Diligencio en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.
10	10. Diligenciar el consentimiento informado acorde con la atención brindada.	10. Diligencio el consentimiento informado acorde con la atención brindada. 11. Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.
11	11. Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.	11. Practico el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.
12	12. Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.	12. Informo al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.
13	13. Emitir conceptos médicos que se le requieran.	13. Emitio conceptos médicos que se le requieran.
14	14. Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la normatividad vigente.	14. Apoyo el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la normatividad vigente.
15	15. Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas.	15. Respondio por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas.
16	16. Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	16. Participo en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.

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

Rosana Medina

Firma del Contratista

C.C. 52.987.714 **de** Bogota

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS
CARGO:	LIDER PROCESO URGENCIAS
FIRMA	Daniel Alexander Huertas Rojas

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE
SERVICIO DE URGENCIAS
PRODUCTIVIDAD

UNIDAD FUNCIONAL : UMHES SANTA CLARA
NOMBRE DEL CONTRATISTA: Rosana Medina Martinez.
PROFESIÓN : CIRUJANO GENERAL
FECHA DE EJECUCION DEL CONTRATO: OTRE 31 Dic / 2019.

Nº	ACTIVIDADES	AÑO 2019											
		ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
1	*Horas programadas según cuadro actividades mes*												228
2	*Horas ejecutadas*												228.
3	*Otras horas realizadas en otras areas diferentes a urgencias*												0
4													
5													
6													
7													
8													
9													
TOTAL (Actividades)													

HORAS A PAGAR	228.
VALOR HORA	74.517.
VALOR TOTAL A COBRAR MES:	16.989.876.

Firmas:

CONTRATISTA: Rosana Medina Martinez
1052987774.

Visto Bueno LIDER : Angel Dario Bernal Garcia.

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Banco de Bogotá

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	52987714
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ROSANA MEDINA MARTINEZ .. ..
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CRA 67 170 - 97 CASA 3	TELÉFONO:	6680066
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otros trabajos de edición.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	7738508989	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES		
PERIODO COTIZACIÓN	MES: noviembre	PERIODO COTIZACIÓN	MES: noviembre		
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2019	SALUD:	AÑO: 2019		
DÍAS DE MORA:	2				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2019/12/06	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	531441836		

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800224808	230301	230301-PORVENIR	1	$ 1.187.700
SUBTOTAL:			1	**$ 1.187.700**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	$ 873.200
SUBTOTAL:			1	**$ 873.200**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860002503	14-7	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	1	$ 170.300
SUBTOTAL:			1	**$ 170.300**

TOTAL PAGADO:	**$ 2.231.200**

ROSANA MEDINA MARTÍNEZ

Nit. 52.987.714-5 Régimen Simplificado
Dirección: Carrera 67 No. 170 - 97
Teléfono 315 881 5223

FACTURA DE VENTA
No. 48

Resolución de Facturación No. 18762000974351 del 26/10/2016 Autorización del 1 al 534

Fecha: Diciembre 31 / 2019

Nombre: Sobed cerracrele. Nit./C.C. 900095905J-7

Dirección: Diagonal 34 H J-43 Tel.:

HORAS TURNOS	DESCRIPCIÓN.	VR.UNIT.	VR.TOTAL
228H	Prestacion de Servicios como Cirujano General Diciembre / 2019.	74517	16,989876

Rosana Medina Martínez
Régimen Simplificado
Resolución de Facturación
18762010744727 / 2018-10-12

La presente Factura Cambiaria de venta, se asimila en todos sus efectos a la Letra de Cambio. (Artículo 774 de C. de. Comercio)
Con esta el comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías y/o servicios descritos en este título valor

TOTAL $ 16 989876

ELABORÓ
C.C. 52.987.714

ACEPTADA Y RECIBIDA (FIRMA Y SELLO)
C.C.

LITOGRAFÍA SALDAÑA 17.150.201-9 TEL. 204 9684 - 316 716

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. 52.987.714 de Bogota

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS
CARGO:	LIDER PROCESO URGENCIAS
FIRMA	