159 Horas

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 CONTRATACIÓN
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 03
FECHA: 2021-12-27

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 1454 2024	**C.D.P. No.:**	140
Proceso que pertenece:	MISIONAL - DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS		
Servicio al que pertenece:	CONSULTA EXTERNA		
Unidad a la que pertenece:	CENTRO DE SALUD OLAYA		
Nombre del Contratista:	LUIS ALFREDO PINEDA PEREZ	**C.C.**	11.229.879 **de:** GIRARDOT
Fecha Inicio:	2024-01-21	**Fecha Terminación inicial:**	2024-03-20
Valor Mensual:	$ 14.680.311	**Valor a cobrar:**	$ 14.680.311

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO PLANILLA
1	ENERO 2024	$ 4.985.766	$ 1.820.400	1060024273	22/01/2024
2	FEBRERO 2024	$ 14.680.311	$ 1.884.300	1061672775	22/02/2024
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 29.545.280	$ 29.545.280	$ 19.666.077	$ 9.879.203

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO PEDIATRA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2024-02-01 **Hasta:** 2024-02-29

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUTO O EVIDENCIA
1	Realizar las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan de atención de su especialidad.	Se realizaron las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan de atención de mi especialidad.	Registros de historia clínica electrónica en el sistema de información Dinamica Gerencial Hospitalaria, firmadas electrónicamente con mis credenciales (usuario y contraseña). Agenda de citas médicas.
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.	Se llevó registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, así como se mantuvieron actualizados los informes estadísticos definidos por la normatividad vigente y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación. Se resalta que las actividades, procedimientos e intervenciones desarrolladas quedan registradas en el módulo de historias clínicas del sistema de información Dinámica Gerencial Hospitalaria, de modo que es posible obtener los informes estadísticos que la institución requiera. Los mismos registros constituyen el insumo requerido en los procesos de costos y facturación.	Registros de historia clínica electrónica en el sistema de información Dinamica Gerencial Hospitalaria, firmadas electrónicamente con mis credenciales (usuario y contraseña). Agenda de citas médicas.
3	Cumplir con las exigencias legales y éticas para el manejo adecuado de la historia clínica	Se cumplió con las exigencias legales y éticas para el manejo adecuado de la historia clínica.	Registros de historia clínica electrónica en el sistema de información Dinamica Gerencial Hospitalaria, firmadas electrónicamente con mis credenciales (usuario y contraseña).
4	Participar en la programación de actividades del área.	Se participó en la programación de actividades del área.	Cuadros de programación de actividades firmados por el referente de servicio y la dirección de ambulatorios y hospitalización de la Subred; y comunicación de novedades al supervisor de contrato enviadas al correo electrónico institucional. Agenda de citas médicas.
5	Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.	Se reportaron los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente durante el periodo certificado.	Registros de auditoria de oportunidad y calidad de la oficina de epidemiologia, además de los registros de historia clínica electrónica en el sistema de información Dinamica Gerencial Hospitalaria, firmadas electrónicamente con mis credenciales (usuario y contraseña).
6	Realizar resúmenes de historia clínica, epicrisis u otros documentos asistenciales o administrativos según se requiera.	Se realizaron resúmenes de historia clínica, epicrisis u otros documentos asistenciales o administrativos según se requirió.	Registros de historia clínica electrónica en el sistema de información Dinamica Gerencial Hospitalaria, firmadas electrónicamente con mis credenciales (usuario y contraseña).

7	Notificar los sucesos de salidad que se presenten en el servicio, participar en los analisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.	Se realizó la notificacion oportuna de los sucesos de calidad que se presentan en el servicio, se participó en los análisis a los que fui convocado y se implementaron las acciones de mejora definidas para el servicio.	Reportes en aplicativos de reporte de sucesos de seguridad y reporte de novedades al supervisor de contrato a la dirección de correo electrónico institucional
8	Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente	Se impartieron instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente	Registros de historia clínica electrónica en el sistema de información Dinamica Gerencial Hospitalaria, firmadas electronicamente con mis credenciales (usuario y contraseña).
9	Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad	Se diligenciaron en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de mi actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad	Registros de historia clínica electrónica en el sistema de información Dinamica Gerencial Hospitalaria, firmadas electronicamente con mis credenciales (usuario y contraseña)
10	Diligenciar el consentimiento informado acorde con la atención brindada.	Se realizó el diligenciamiento del consentimiento informado acorde con la atención brindada.	Registros de historia clínica electrónica en el sistema de información Dinamica Gerencial Hospitalaria, firmadas electronicamente con mis credenciales (usuario y contraseña).
11	Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.	Se practicó el seguimiento y control a pacientes en los fue requerida mi participacion.	Registros de historia clínica electrónica en el sistema de información Dinamica Gerencial Hospitalaria, firmadas electronicamente con mis credenciales (usuario y contraseña) Agenda de citas médicas.
12	Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.	Se informó al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atencion.	Registros de historia clínica electrónica en el sistema de información Dinamica Gerencial Hospitalaria, firmadas electronicamente con mis credenciales (usuario y contraseña).
13	Emitir conceptos médicos que se le requieran.	Se emitieron los conceptos medicos que me fueron requeridos.	Registros de historia clínica electrónica en el sistema de información Dinamica Gerencial Hospitalaria, firmadas electrónicamente con mis credenciales (usuario y contraseña).
14	Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad segun requerimientos de la normatividad vigente	Mantuve comunicación permanente con el lider del centro de salud Olaya y con el supervisor del contrato para facilitar las labores de cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la normatividad vigente.	Reporte de novedades al supervisor de contrato a la dirección de correo electrónico institucional y al correo institucional del lider del centro de salud lideresalud6@subredcentrooriente.gov.co
15	Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos, guías, manuales, protocolos y demas establecidos por la Entidad, ademas de apoyar la implementación de los mismos.	Se conocieron y se dió cumplimiento a procedimientos, guías, manuales, protocolos y demás establecidos por la entidad, además de apoyar la implementación de los mismos	Revisión de documentos en la plataforma Almera mediante registro de consulta con mi número de documento de identificación; recepcion de correos electronicos de parte del supervisor del contrato, lider del centro de salud y referente de pediatría
16	Apoyar a la Entidad en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales, relacionadas con el cumplimiento de sus obligaciones contractuales.	Se realiza apoyo a la entidad en actividades, según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales, relacionadas con el cumplimiento de sus obligaciones contractuales, según requerimiento del líder de servicio.	No fui requerido para elaboración de conceptos técnicos durante el periodo certificado.
17	Participar en la elaboración y actualización de los manuales de normas procedimientos y protocolos asistenciales del área	Se participa activamente en la elaboracion, actualización de los manuales de normas procedimientos y protocolos asistenciales del área	No fui requerido para elaboración, actualización de los manuales de normas procedimientos y protocolos asistenciales del área, durante el periodo certificado.
18	Informar al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de sus obligaciones.	Se informó al supervisor del contrato, referente de pediatría y lider del centro de salud Olaya, sobre las novedades que pudiesen afectar el cumplimiento de mis obligaciones, presentadas durante el periodo certificado.	Reporte de novedades al supervisor de contrato a la dirección de correo electrónico institucional, correo del lider del centro de salud Olaya lideresalud6@subredcentrooriente.gov.co y del servicio de pediatria de la Sub red Centro Oriente.
19	Apoyar actividades relacionadas con el proceso de acreditación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro oriente E.S.E. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.	Se apoyó en las actividades relacionadas con el proceso de acreditación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro oriente E.S.E.	Capacitaciones y exámenes virtuales enviados desde correo electrónico: lideresalud6@subredcentrooriente.gov.co y demas correos y plataformas de comunicación institucionales.

Observaciones:

Nota: Es deber contractual anexar la certificación del pago a Salud, pensión y ARL. En caso de tener contrato nuevo adjuntar el soporte de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud como cotizante y afiliación a pensión. Teniendo en cuenta que con la implementación del Decreto 1273 de 2018 el pago de aportes se hace de manera vencida de acuerdo con las fechas establecidas en el Decreto 1990 de 2016.

Luis Alfredo Pineda Perez
Firma del Contratista

C.C. 11.229.879 de GIRARDOT

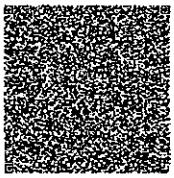
VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 1	
NOMBRE:	JULI PAOLA NEIRA BAUTISTA
CARGO:	Director Técnico de Servicios Ambulatorios
FIRMA	

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 2	
NOMBRE:	JULI PAOLA NEIRA BAUTISTA
CARGO:	Director Técnico de Servicios Ambulatorios
FIRMA	

V°B° Lider Centro Salud

105. Consult Ex. 54. Horas Leaspit.

PINEDA PEREZ LUIS ALFREDO
NIT 11229879-1
Nombre Comercial: PINEDA PEREZ LUIS ALFREDO
Régimen: NO RESPONSABLE DE IVA
Actividad Económica CIIU Nro. 8621
Dirección: CL 22 B 54 21 TO 2 AP 201 CON RESERVA DEL SALITRE BRR SALITRE ORIENTAL
Teléfono: 3025629
Correo: luigi8310@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ D.C.



CUFE:bdb7224099e3dff7bb5bb8208ae20f1f720aad6b42bfd9b03d1845a6e4903791a389cc8a09e15f71e63eceb6d59d0936

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA NRO. LAPP340
Autorización Numeración de Facturación Electrónica de DIAN
Nro. 18764056274896 de 2023-09-18 Vigencia 6 Meses
Rango Autorizado desde LAPP 326 hasta LAPP 400
Tipo Documento: Factura electrónica de Venta
Tipo Operación: Estándar
Fecha Facturación: 2024-02-22 22:31:53
Fecha Vencimiento: 2024-03-29
Fecha Dian: 2024-02-22 22:32:13
Divisa: COP
Orden Compra Asociada:

Cliente: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
NIT 900959051-7
Nombre Comercial: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
Dirección: DG 34 3 14, Bogotá, D.C., Bogotá, Colombia
Teléfono: 3444484
Correo: radicacionfacturaelectronica@subredcentrooriente.gov.co
Ciudad: BOGOTÁ D.C.

Forma de pago	Método de pago
Contado	Consignación bancaria

Nro.	Código	Descripción	U/M	Valor Unitario	Cant.	Valor Neto
1	PS 1454 2024	Honorarios por Prestación de Servicios en cumplimiento del Contrato No. PS 1454 2024 "Prestar servicios profesionales especializados como pediatra para desarrollar actividades en la dirección de ambulatorios de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.".	94	92,329.00	159.0	14,680,311.00

Total de lineas: 1

Observaciones:
- Ejecución de servicios médicos del 01 al 29 de febrero de 2024 por contrato PS 1454 2024.
- Horas realizadas durante la ejecución de servicios médicos del 01 al 29 de febrero de 2024: 159 horas.
- POR FAVOR REALIZAR LAS RESPECTIVAS DEDUCCIONES A LAS QUE HAYA LUGAR POR IMPUESTOS NACIONALES Y/O DISTRITALES QUE ESTABLEZCA O CREE LA LEY.
- Favor realizar consignación a la cuenta de ahorros Bancolombia: 44691758521

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES

TOTAL BRUTO	14,680,311.00
SUBTOTAL	14,680,311.00

TOTAL EN LETRAS CATORCE MILLONES SEISCIENTOS OCHENTA MIL TRESCIENTOS ONCE PESOS COLOMBIANOS

TOTAL VENTA	14,680,311.00

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2024-02-22, 10:03:18 PM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1061672775

Periodo Cotización 202402 **Periodo Servicio** 202402

Cliente:

PAGADA 2024-02-22 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LUIS ALFREDO PINEDA PEREZ				
Documento	CC 11229879	**Dirección**	AV. CARRERA 68 #98 A - 29 UN 4 APTO 208		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3025629		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 11229879						**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	59	00	Residente		Exonerado	N	PINEDA PEREZ LUIS ALFREDO	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																						Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	RP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	30	0			$ 6.900.000	230201		16 %	$ 6.900.000	$ 944.000	$ 29.500	$ 29.500	EPS005		12,5 %	$ 6.900.000	$ 737.500	$ 0	14-7	3	2,436 %	$ 6.900.000	$ 143.800	NN-CC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PROTECCION	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	EPS SANITAS	SEGUROS BOLIVAR	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 944.000	$ 29.500	$ 29.500	$ 737.500	$ 143.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.884.300

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!