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: 04**
**FECHA: 2024-02-22**

## 1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| No. CONTRATO - OPS: | PS 1279 2024 | C.D.P. No.: | 146 | Proceso que pertenece: | HOSPITALIZACION |
| | | | | Servicio al que pertenece: | MEDICINA INTERNA |
| | | | | Unidad a la que pertenece: | VICTORIA |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Nombre del Contratista: | JUAN MANUEL NARVAEZ MENDEZ | C.C. | 79.861.112 | de: | BOGOTA |
| Fecha Inicio: | 2024-01-21 | Fecha Terminación inicial: | 2024-03-20 | Valor Mensual: | $ 12.160.890 |
| Valor a cobrar: | $ 12.160.890 | | | | |

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | $ 35.710.550 | 935 | 2024-03-01 | 2024-03-31 |
| 2 | $ 4.053.630 | | 2024-04-01 | 2024-04-30 |

| Nº CTA | MES DE CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR | VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL | NÚMERO DE PLANILLA | FECHA DE PAGO PLANILLA |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | ENERO 2024 | $ 8.107.260 | $ 2.729.900 | 74025704 | 16/01/2024 |
| 2 | FEBRERO 2024 | $ 17.951.790 | $ 5.591.500 | 74025704 -74829547 | 19/02/2024 |
| 3 | MARZO 2024 | $ 18.530.880 | $ 2.834.500 | 75445928 | 8/03/2024 |
| 4 | ABRIL 2024 | $ 12.160.890 | $ 2.718.300 | 76291665 | 15/04/2024 |

| Resumen de contrato | VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|---|
| | $ 28.954.500 | $ 68.718.680 | $ 56.750.820 | $ 11.967.860 |

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

**OBJETO DEL CONTRATO**

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO MEDICO INTERNISTA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

**Relación de actividades para el periodo:** **Desde:** 2024-04-01 **Hasta:** 2024-04-30

| | OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta) | DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 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 | Realizo valoracion de pacientes del servicio de UCI,de los servicios de consulta externa,hospitalizacion, urgencias y salas de cirugia mediante la ronda inicial por el servicio asisgnado,este ejercicio va acompañdo de la educacion y formacion a los internos de medicina que rotan por esta area medica. | Historia clinica en dinamica |
| 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. | Realizo la evolucion escrita de los pacientes valorados ,asi como el seguimiento e interpretacion de laboratorios y otros medios diagnosticos | Historia clinica en dinamica |
| 3 | 3. Cumplir con las exigencias legales y éticas para el manejo adecuado de la historia clínica. | Realizo valoracion de pacientes del servicio de UCI,de los servicios de consulta externa,hospitalizacion, urgencias y salas de cirugia mediante la ronda inicial por el servicio asisgnado,este ejercicio va acompañdo de la educacion y formacion a los internos de medicina que rotan por esta area medica. | Cuadro de rotacion de salas de cirugia que posee la referente del servicio y Historia clinica en dinamica |
| 4 | 4. Participar en la programación de actividades del área | La prestacion de mis servicios respetan la autonomía institucional de la SUBRED, su visión, misión, estructura orgánica reglamentos administrativos, técnicos, científicos y disciplinarios, acogiendo las directrices institucionales | protocolos y directrices de la subred centrooriente los cuales consulto en almera aplicandolos al ejercicio de mi profesion |
| 5 | 5. Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente. | Emito conceptos médicos que se requirieron, de conformidad a mi especialidad, realize resúmenes de historia clínica, Epicrisis u otros documentos asistenciales o administrativos que le fueron solicitados | Historia clinica en dinamica |
| 6 | 6. Realizar resúmenes de historia clínica, epicrisis u otros documentos asistenciales o administrativos según se requiera. | informe al paciente y su familia sobre la condición clinica, plan de manejo, atención y recomendaciones de egreso, conocer el grado de satisfacción sobre los servicios prestados y resolver inquietudes relacionadas con el proceso de atención | Historia clinica en dinamica y fisica |
| 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 | Reporte los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente | Historia clinica en dinamica-fichas de notificacion a SIVIGILA en vigilancia epidemiologica y aplicativo de RUAF |
| 8 | 8. Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente. | disposición de participar en la programación de actividades del servicio | programacion de turmos de medicina interna |
| 9 | 9. Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad. | Cumpli con la programación de turnos de servicios, si realize el cambio de turno cumpli con las directrices establecidas por la institución; en los casos de novedades informó con anticipación para la toma de medidas preventivas. | libro de cambio de turnos,libro de novedades de pago el cual reposa en la oficina de refernte de hospitalizacion y cirugia |
| 10 | 10. Diligenciar el consentimiento informado acorde con la atención brindada | participe en las capacitaciones y demas actividades como verificaciones de adherencia a protocolos institucionales. | fima en las listas de participacion que cada refernte de area posee. |
| 11 | 11. Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación. | Informe al paciente y su familia sobre la condición clinica, plan de manejo, atención y recomendaciones de egreso, conocer el grado de satisfacción sobre los servicios prestados y resolver inquietudes relacionadas con el proceso de atención. | Historia clinica en dinamica |
| 12 | 12. Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención. | Garantize la integridad y adecuado funcionamiento de los equipos, elementos e instalaciones, asi como la utilización racional de los recursos que la Subred aporte al desarrollo de las actividades contratadas y responder por su reposición o reparación cuando los daños se | Historia clinica en dinamica |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 13 | 13. Emitir 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. | Notifique los sucesos de seguridad que se presentaron durante el proceso de atención, participó en los análisis a los que fue convocado e implementó las acciones de mejora definidas para el servicio | Cuadro de rotacion de salas de cirugia que posee la referente del servicio y Historia clinica en dinamica |
| 14 | 14. Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la normatividad vigente. | Acreditó el cumplimiento del pago de los aportes al sistema de seguridad social y parafiscal durante la vigencia del contrato, requisito indispensable para generar cada pago a su favor, anexando la planilla de pago del personal vinculado para la ejecución del contrato los aportes | protocolos y directrices de la subred centrooriente los cuales consulto en almera aplicandolos al ejercicio de mi profesion |
| 15 | 15. Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos, guías, manuales, protocolos y demás establecidos por la Entidad, además de apoyar la implementación de los mismos. | Particpo en el seguimiento de la rotacion de los internos de ortopedia (colocar demas actividades ) | Historia clinica en dinamica |
| 16 | 16. Apoyar a la Entidad en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales, relacinadas con el cumpliminto de sus abligaciones contractuales. | Notifique los sucesos de seguridad que se presentaron durante el proceso de atención, participó en los análisis a los que fue convocado e implementó las acciones de mejora definidas para el servicio | Historia clinica en dinamica |
| 17 | 17. Participar en la elaboración y actualización de los manuales de normas procedimientos y protocolos asistenciales del área. | Notificar en la pagina de seguridad del paciente eventos de seguridad | Historia clinica en dinamica |
| 18 | 18. Informar al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de sus obligaciones | Particpo en el seguimiento de la rotacion de los internos de ortopedia (colocar demas actividades ) | Cuadro de rotacion de salas de cirugia que posee la referente del servicio y Historia clinica en dinamica |
| 19 | 19. Apoyar actividades relacionadas con el proceso de acreditación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro oriente E.S.E. | en la consulta externa se realizan actividades de prevencion y promocion para el paciente | protocolos y directrices de la subred centrooriente los cuales consulto en almera aplicandolos al ejercicio de mi profesion |

**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.

Juan Narvaez

**Firma del Contratista**

C.C. 79.861.112 de BOGOTA D.C

**VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATO**

| | |
|---|---|
| **NOMBRE:** | PEDRO FABIAN DAVALOS BERDUGO |
| **CARGO:** | DIRECTOR TECNICO DE SERVICIOS HOSPITALARIOS |
| **FIRMA** | |

RP

# JUAN MANUEL NARVAEZ MENDEZ

**NIT: 79861112-8**
Régimen: No responsable de IVA
Tipo de persona: Natural
Calle 83 A No. 114-90 et. 3 Ca 14, Bogotá D.C., Bogotá, Colombia
Tel. 3108683561

**Autorización facturación electrónica No. 18764059571027 válida desde 2023-11-08 hasta 2024-05-08 rango desde FE125 hasta FE400**

| DATOS DEL CLIENTE | |
|---|---|
| NIT: | 900959051 |
| Cliente: | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. |
| Dirección: | DG 34 5 43, Bogotá, D.C., Bogotá, Colombia |
| Teléfono: | 3444484 |
| Email: | radicacionfacturaelectronica@subredcentrooriente.gov.c |

| FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA | |
|---|---|
| No. de Factura: | FE150 |
| Fecha Emisión: | 15/04/2024 21:27:28 |
| Fecha Vencimiento: | 30/04/2024 |
| Moneda: | COP Colombia, Pesos |
| Forma de Pago: | Contado |
| Medio de Pago: | Acuerdo mutuo |
| Total de Líneas: | 1 |

| # | Código | Descripción | U. M. | Cantidad | Precio U. | Impuestos | | | Dcto. | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | NOM. | % o VAL | MONTO | | |
| 1 | 001 | SERVICIOS PROFESIONALES<br>Prestación de servicios como Médico Internista mes de abril de 2024 | HUR | 126,00 | $96.515,00 | | | | 0,00 | $12.160.890,00 |

| Impuesto | Base | Tarifa / Valor Nominal | Importe |
|---|---|---|---|

| | |
|---|---|
| Subtotal: | $12.160.890,00 |
| Cargos: | $0,00 |
| Descuento: | $0,00 |
| Total: | $12.160.890,00 |

| | |
|---|---|
| CUFE: | aa3271e8b04ad0c2836f47ed4effc60a9f5c787dc3ac69e5e6db2224eef5c2592b75a851d6bc8149b300368376ac55bf |
| Total en letras: | (doce millones ciento sesenta mil ochocientos noventa pesos ) |

**Firma Digital:** MrW148n2AHBZ4jBPoYcTOIJv3OogAJfYN7U9ybFMNQfS8ErkgYZxt82mOTvl/MCh
C3/C+zZfRxlCGEeb6Ur2evdGcDyuxyQmpdKrtmUUQtWH413f54
Drv4Or0FYnR4Bd bWX/v+leL0aQV8JWPyDgHclN1ciJ/R6FWzt7d6VYbusAsi7OigJEQ2gSW3OV8xKz QTlDshAqqoR4DmGRz1Md3VwYMhzPBgJ+ZaH
DgDeojDgJsGiuol71rDjVvJ2VDV6F igRilBUSkmRDWxMiPEe5n/F4TH1FmKww6rNjR3/oo5oZQlcDxGRopN+eRbgdPsRv QX0AwflWbVGYrhl/x+4T
tw==

Esta factura es un título valor de acuerdo al art. 774 del C.C. y una vez aceptada declara haber recibido los bienes y servicios a satisfacción.

**Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.**

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 79861112-0 | JUAN MANUEL NARVAEZ MENDEZ | Calle 83A No 114-90 CASA 14 | 7226944 | Juanmanarvaez7@gmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | SI |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | 1 | 0 |
| | | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2024-03 | 2024-03 | I | 15/04/2024 | 76291665 | $2.718.300 | |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

**TOTALES SALUD**

| Código EPS | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades | | Licencia Maternidad | | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | No. Autorización | Valor | No. Autorización | Valor | | | | | |
| EPS001 | ALIANSALUD EPS S.A. | 830113831-0 | 1.053.000 | 0 | | 0 | | 0 | 12 | 10.800 | 0 | 1.063.800 | 1 |

**TOTALES PENSIÓN**

| Código AFP | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230201 | Proteccion (ING + Proteccion) | 800229739-0 | 1.347.900 | 0 | 0 | 42.200 | 42.200 | 12 | 13.800 | 1.000 | 1.447.100 | 1 |

**TOTALES RIESGOS LABORALES**

| Código ARL | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Incapacidades | | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | No. Autorización | Valor | | | | | | | | | | |
| 14-11 | ARL SURA | 890903790-5 | 205.300 | | | | 205.300 | 12 | 2.100 | 207.400 | | | 2.053 | 207.400 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

**TOTALES PARAFISCALES**

| Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|
| SENA | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | | | | |
| | | | | |
| MEN | | | | |
| | | | | |

**TOTALES POR SUBSISTEMA**

| Tipo Administradora | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
|---|---|---|---|
| Salud | 1 | 1.053.000 | 1.063.800 |
| Pensión | 1 | 1.432.300 | 1.447.100 |
| Riesgos Laborales | 1 | 205.300 | 207.400 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 2.690.600 | 2.718.300 |

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información