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 5556 2023	C.D.P. No.:	1399	Proceso que pertenece:	CONVENIO 0002-2023
				Servicio al que pertenece:	CONSULTA EXTERNA
				Unidad a la que pertenece:	UMHES SANTA CLARA

Nombre del Contratista: ROBERT LEANDRO SABALZA GONZÁLEZ C.C. 1.010.231.619 de: BOGOTÁ

Fecha Inicio: 2023-05-18 Fecha Terminación inicial: 2023-06-06 Valor Mensual: $ 7.098.352 Valor a cobrar: $ 385.780

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 7.098.352	1654	2023-06-06	2023-07-06
2	$ 7.098.352	1983	2023-07-07	2023-08-06
3	$ 7.098.352	2295	2023-08-07	2023-09-06
4	$ 7.098.352	2802	2023-09-07	2023-10-06
5	$ 7.098.352	3415	2023-10-07	2023-11-06
6	$ 7.098.352	4000	2023-11-07	2023-12-06
7	$ 4.188.028	4117	2023-12-07	2024-02-01
8	$ 12.611.405	123	2023-12-07	2024-02-01
9	$ 4.495.623	878	2024-02-02	2024-03-31
10	$ 14.196.704	1116	2024-04-01	2024-04-30
11	$ 7.098.352	1332	2024-05-01	2024-05-31
12	$ 12.546.428	1790	2024-06-01	2024-07-15
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

N° CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO PLANILLA
1	MAYO	$ 3.549.176	$ 886.400	67822881	15/5/2023
2	JUNIO	$ 7.098.352	$ 495.000	68326587	5/6/2023
3	JULIO	$ 7.098.352	$ 878.600	68601217	7/7/2023
4	AGOSTO	$ 7.098.352	$ 884.600	70032085	10/8/2023
5	SEPTIEMBRE	$ 7.098.352	$ 879.600	70729623	7/9/2023
6	OCTUBRE	$ 7.175.508	$ 879.600	71345986	3/10/2023
7	NOVIEMBRE	$ 7.098.352	$ 888.600	72055835 - 72484932	1/11/2023-16/11/2023
8	DICIEMBRE	$ 4.188.028	$ 878.600	73046735	6/12/2023
9	DICIEMBRE	$ 2.910.324	$ 878.600	73046735	6/12/2023
10	ENERO	$ 7.098.352	$ 882.700	73871934	10/1/2024
11	FEBRERO	$ 7.098.352	$ 878.600	74484669	5/2/2024
12	MARZO	$ 7.098.352	$ 878.600	75327042	6/3/2024
13	ABRIL	$ 7.098.352	$ 878.600	76079528	4/4/2024
14	ABRIL	$ 1.928.900	$ 878.600	76079528	4/4/2024
15	MAYO	$ 7.098.352	$ 1.119.900	77188877	19/5/2024
16	MAYO	$ 385.780	$ 1.119.900	77188877	19/5/2024
17					
18					
19					
20					

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 4.732.235	$ 102.458.887	$ 91.121.236	$ 11.337.651

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E, CONVENIO 0002 DE 2023

Relación de actividades para el periodo: Desde: 2024-05-01 Hasta: 2024-05-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Valorar de manera integral la salud	A la población visitada se dio a conocer o Valor de manera integral la Salud.	Información a la población
2	Identificar los principales cambios en el desarrollo	Se identificaron cambios en el desarrollo de las actividades a realizar	Diligenciamiento de Historia Clínica en Dinámica.
3	Identificar oportunamente factores de riesgo con el fin de prevenirlos o derivarlos para su manejo oportuno	Se identificaron factores de riesgo en las familias visitadas y se indica la manera de prevenirlos	Diligenciamiento de Historia Clínica en Dinámica.
4	Identificar y potenciar capacidades, habilidades y prácticas para promover el cuidado de la salud.	Se promueve el cuidado de la salud a familias visitadas	Diligenciamiento de Historia Clínica en Dinámica.
5	Construir concertadamente con el usuario el plan de cuidado	Se realiza la valoración del paciente y se indica el plan de cuidado que se adapte a sus necesidades	Acta de asistencia de comité de cuidado
6	Realizar los registros en el formato de historia clínica para cada RIA establecido por la SISS.	Se realiza el registro de la información y se verifica la necesidad del servicio	Acta de asistencia de comité de cuidado
7	En caso de identificar eventos de interés en salud pública, realizar la notificación al subsistema correspondiente y notificar al líder operativo	Se realiza la visita y se identifican casos de interés de salud pública, se realiza las respectivas notificaciones al subsistema correspondiente	Diligenciamiento de Historia Clínica en Dinámica.
8	Registrar información en el base de datos de atenciones en salud definido por la secretaria Distrital de salud y diligenciar el Plan de cuidado familiar con las recomendaciones definidas según los hallazgos y la concertación de compromisos con los integrantes de la familia	Al momento de realizar la visita se registra la información brindada por los pacientes, acudientes y familiares, se brindan recomendaciones y se establecen compromisos con el paciente, los acudientes y demás integrantes de la familia.	Acta de asistencia de comité de cuidado
9	Cuando se requiere comunicarse telefónicamente con el médico familiar o médico internista o psiquiatra de la Subred. quien realizará una tele asistencia para fortalecer la resolutividad de los profesionales en campo.	En caso que se requiere estaremos dispuestos a atender la atención requerida	Diligenciamiento de Historia Clínica en Dinámica.
10	Llamar al auxiliar de enfermería del grupo familiar para agendar cita con especialistas	Se realiza la verificación y se realizará el debido agendamiento con la auxiliar de enfermería	Diligenciamiento de Historia Clínica en Dinámica.
11	El médico general estará de manera presencial con el usuario y el especialista que realice la tele consulta.	Se realizan las consultas de manera presencial y se dispone de un especialista para dar tramite	Diligenciamiento de Historia Clínica en Dinámica.
12	Deberá ordenar los exámenes diagnósticos de acuerdo con la guía de práctica clínica respectiva para disponer de resultados el día de la tele consulta con el especialista, estas órdenes deben ser de conocimiento del agendado cuando corresponda, para ello establecer la fecha de la consulta posterior a la entrega	Se realiza el diagnóstico y se ordena exámenes para determinar un diagnóstico asertivo	Diligenciamiento de Historia Clínica en Dinámica.
13	Deberá establecer la prioridad de la familia: Alta, Media o Baja, según las condiciones clínicas de cada uno de los integrantes.	Se establece la prioridad de cada paciente y su grupo familiar para una mejor atención medica	Diligenciamiento de Historia Clínica en Dinámica.
	En caso de que la familia reporte que alguno de sus integrantes pertenece a		Diligenciamiento de Historia Clínica en

Cuenta de cobro 15- 2024

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Nit. 900.959.051-7

DEBE A:

ROBERT LEANDRO SABALZA GONZÁLEZ
C.C. 1010231619 de Bogotá

LA SUMA DE:

TRESCIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL SETECIENTOS OCHENTA PESOS M/CTE. ($385.780)

Por concepto de:

- Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del **contrato No PS 5556 2023** correspondiente del 1 al 30 del mes de mayo de 2024.

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E, CONVENIO 0002 DE 2023.

Cordialmente,

ROBERT LEANDRO SABALZA GONZÁLEZ
C.C. 1010231619 de Bogotá
Teléfono: 3045331301
Dirección: Dg 48 a sur 5 h 44 apto 201
No Cuenta: 488423226593 ahorros
Banco: DAVIVIENDA

Fecha: 30/JUNIO/2024

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	1010231619	ROBERT LEANDRO SABALZA GONZALEZ	Dg 48 A Sur 5 H 44 apartamento 201	6019697485	rsabalza540@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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-05	2024-05	I	20/05/2024	77188877	$1.119.900	

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					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	452.500	0		0		0	0	0	0	452.500	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	579.200	0	0	0	0	0	0		579.200	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	88.200				88.200	0	0	88.200			882	88.200	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	452.500	452.500
Pensión	1	579.200	579.200
Riesgos Laborales	1	88.200	88.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.119.900	1.119.900

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