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 3721-202	**C.D.P. No.:**	10	**Proceso al que pertenece:**	SERVICIOS DE SALUD DE URGENCIAS Y HOSPITALIZACION BAJA COMPLEJIDAD
				Unidad a la que pertenece:	APH

Nombre del Contratista:	AMAYA GALAN JUAN MANUEL	**C.C**	80.073.902	**de:**	BOGOTA

Fecha Inicio:		**Fecha Terminación incial:**	2020-07-31	**Valor Mensual:**		**Valor a cobrar:**	$ 5.633.640

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				
21				
22				

N° CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	MARZO	$ 4.506.912	$ 691.400	41241856
2	ABRIL	$ 5.633.640	$ 693.300	41902708
3	MAYO	$ 5.633.640	$ 687.800	42046448
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 29.645.465	$ 29.645.465	$ 15.774.192	$ 13.871.273

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES, DE MANERA PERSONAL Y AUTONOMA EN SU CONDICIÓN DE MEDICO DE TRANSPORTE ASISTENCIAL MEDICALIZADO EN LA DIRECCION DE URGENCIAS, PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES Y DEMAS ASIGNADAS CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2020-05-01 **Hasta:** 2020-05-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

Observaciones:
PLANILLA : 42046448

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

Juan L. Amaya
Firma del Contratista

C.C. 80.073.902 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	LUZ GUISELLE LINARES J
CARGO:	ENFERMERA JEFE
FIRMA	Luz Guisele L

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	80073902	JUAN MANUEL AMAYA GALAN	crr43a n 24a-75	3377531	juanma_in@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ. D. C.	BOGOTÁ. D.C.	NO

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	
2020-04	2020-04	I	07/05/2020	42046448	$687.800	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	301.700	0		0		0	0	0	0	301.700	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
230301	Porvenir	800224808-8	386.100	0	0	0	0	0	0		386.100	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										

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	301.700	301.700
Pensión	1	386.100	386.100
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	687.800	687.800

PAGADA 42046448

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

ACTIVIDADADES Y PRODUCTIVIDAD

Fecha: 1 al 31 de MAYO de 2020

Nº	ACTIVIDADES	CUMLIMIENTO %
1	Realizar las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan de atención de su profesión	100%
2	Llevar registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, que surjan durante el traslado.	100%
3	Realizar los procedimientos necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación.	100%
4	Cumplir con las exigencias legales y éticas para el manejo adecuado de la historia clínica	100%
5	Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente	100%
6	Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos a realizar durante el traslado	100%
7	Diligenciar el consentimiento informado acorde con la atención brindada	100%
8	Informar al paciente y su familia sobre el traslado a realizar y sus posibles consecuencias al momento de realizar dicho traslado.	100%
9	Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos, guías, manuales, protocolos relacionados con la atención Prehospitalaria y demás establecidos por la Entidad, además de apoyar la implementación de los mismos	100%
10	Apoyar a la Entidad en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales	100%
11	Realizar resúmenes de historia clínica u otros documentos asistenciales o administrativos según se requiera	100%
12	Apoyar en la respuesta a quejas o requerimientos oportunamente cuando corresponda.	100%
13	Promover las normas de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad en los servicios asignados	100%
14	Cumplir con la aplicación de Protocolos Distritales de Respuesta a Emergencias y cadena de custodia	100%
15	Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la normatividad vigente	100%
16	Portar el uniforme institucional de manera adecuada y decorosa	100%
17	Cumplir con la programación de agenda para el desarrollo de las actividades de los servicios, cumpliendo con las directrices establecidas por la institución; en los casos de novedades informar con anticipación para la provisión del respectivo reemplazo	100%
18	Participar en las diferentes reuniones, comités, relacionados con asuntos tanto del área de medicina como de los diferentes procesos que así lo requieran.	100%
19	Participar activamente en el programa de seguridad del paciente incentivando la cultura del reporte, realizando seguimiento a los eventos adversos, ideando planes de mejoramiento y logrando disminución en los mismos.	100%
20	Mantener al día medicamentos de control y solicitar su cambio en fecha próxima a vencer o cuando sean utilizados por el paciente	100%
21	Verificar antes de comenzar el turno el estado de los equipos biomédicos que hacen parte de las ambulancias e informar si se requiere calibración o reparación de los mismos.	100%
22	Hacer entrega del paciente al médico de la unidad receptora y recibir de parte del médico de la unidad remitente Las demás asignadas por el supervisor.	100%
23	Conocer y cumplir la política de seguridad del paciente, reportar evento adverso e incidentes datos que servirán para formula acciones de mejoramiento o planes de mejoramiento.	100%
24	Utilizar el teléfono institucional para tramite dentro de la SISSCO, propender por el adecuado uso y tener cargado el equipo todo el tiempo.	100%
TOTAL		**100%**

FIRMA SUPERVISOR Luz Quintero L

FIRMA CONTRATISTA Juan F. Amaya cc. 80073902