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
VERSION: 02
FECHA: 2020-05-04

## 1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. CONTRATO - OPS:** | OPS 3840/2020 | **C.D.P. No.:** | 17 | **Proceso al que pertenece:** | URGENCIAS |
| | | | | **Unidad a la que pertenece:** | CAPS ALTAMIRA |
| **Nombre del Contratista:** | RICHARD WILFREDO OROPEZA GUEVARA | | | **C.C.** 676.784 | **de:** VENEZUELA |
| **Fecha Inicio:** | 2020-02-12 | **Fecha Terminacion incial:** | 2020-07-31 | **Valor Mensual:** $ 5.834.304 | **Valor a cobrar:** $ 5.601.600 |

| 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 | | | | |

| Nº CTA | MES DE CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR | VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL | NÚMERO DE PLANILLA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | MARZO | $ 1.996.520 | $ 635.200 | 7100118678 |
| 2 | ABRIL | $ 5.061.600 | $ 241.500 | 778607611 |
| 3 | MAYO | $ 5.061.600 | $ 363.140 | 1156607699 |
| 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 CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 21.670.246 | $ 21.670.246 | $ 12.119.720 | $ 9.550.526 |

## 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 médico, para la ejecución de actividades asistenciales demás asignadas, en los diferentes servicios 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: 2020-05-01 Hasta: 2020-05-30

| | OBLIGACIONES ESPECIFICAS (Las enviadas en la tumia) | 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 dentro del plan de manejo, con un alto nivel científico, ético y humano, de una manera oportuna y pertinente, en correspondencia con las necesidades de los pacientes, y teniendo en | ocedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro de | soporte historia clinica |
| 2 | Brindar una atención en salud buscando los mejores estándares de oportunidad, integridad, suficiencia, continuidad y pertinencia, en un ambiente de atención personalizada y humanizada, cumpliendo el principio de equidad y con énfasis en | Se llevo 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. | soporte historia clinica |
| 3 | Prestar sus servicios asistenciales respetando la autonomía institucional de la Subred, su visión, misión, estructura orgánica reglamentos administrativos, técnicos, científicos y disciplinarios, acogiendo las directrices institucionales. | Se Cumplió con la prestación de los servicios asistenciales respetando la autonomia institucional de la Sub Red, acogiendo las directrices institucionales. | soporte historia clinica |
| 4 | Realizar las actividades según las necesidades de la Subred dando cobertura en todas las unidades en donde se oferta el servicio ya sea requerido. | Se realizaron las actividades según las necesidade sde la Sub Red dando cobertura en todas la unidades según necesidad. | soporte historia clinica |
| 5 | Informar al paciente y su familia sobre la condición clínica, 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. | sobre la condición clínica, plan de manejo, atención y recomendaciones de egreso, resolviendo las inq | soporte historia clinica |
| 6 | Llevar registro de la actividades, procedimientos e intervenciones, así como se mantuvo actualizados los informes estadísticos definidos por la institucion y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de facturación. | Se llevo registro de la actividades, procedimientos e intervenciones, así como se mantuvo actualizados los informes estadísticos definidos por la institucion y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de facturación. | ficha de notificacion inmediatas |
| 7 | Respetar los derechos del paciente, cumplir el código de ética médica y las disposiciones legales pertinentes propias de los servicios en donde se preste la atención. | Se respetaron los derechos del paciente, cumpliendo con el código de etica médica y las disposiciones legales pertinentes propias de los servicios en donde se presto la atención. | soporte historia clinica |
| 8 | Realizar seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación e impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados. | Se realizó seguimiento y control a pacientes en los que se requeria su participación y se impartieron instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados. | soporte historia clinica |
| 9 | Emitir conceptos médicos que se le requieran, realizar resúmenes de historia clínica, epicrisis u otros documentos asistenciales o administrativos que sean solicitados. | Se emitieron los conceptos médicos que se requerian, se realizaron resúmenes de historia clínica, epicrisis u otros documentos asistenciales o administrativos solicitados. | soporte historia clinica |
| 10 | Diligenciar en forma completa, oportuna, sistematizada y legible la historia clínica del pacienteten los casos en que se presenten fallas del sistema, los formatos), consentimiento informado, reporte de estudios y demás registros propios de su actuar, de | Diligenciar en forma completa, oportuna, sistematizada y legible la historia clínica del paciente(en los casos en que se presenten fallas del sistema, los formatos), consentimiento informado, reporte de estudios y demás registros propios de su actuar, de sucuerdo a lo establecido en la normatividad vigente, los procedimientos de | soporte historia clinica |
| 11 | Garantizar la debida reserva de la información del paciente y de los registros clínicos | Garantice la debida reserva de la información del paciente y de los registros clínicos. | soporte historia clinica |
| 12 | Garantizar la integridad y adecuado funcionamiento de los equipos , elementos e instalaciones, así como la utilización racional de los recursos que la Subred aporte al desarrollo de las actividades contratadas y responder por su reposición o reparación | Garantice la integridad y adecuado funcionamiento de los equipos, elementos e instalaciones, haciendo buen uso de estos | soporte historia clinica |
| 13 | Reportar al area de recursos fisicos - Activos Fijos de la Subred, los equipos de propiedad del contratista, que se destine a las actividades asistenciales. | Reporte al area de recursos fisicos - Activos Fijos de la Subred, los equipos de propiedad del contratista, que se destine a las actividades asistenciales. | soporte historia clinica |
| 14 | El contratista deberá responder por la seguridad y mantenimiento de los equipos que se encuentran bajo su custodia. | Responsli por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas. | soporte historia clinica |
| 15 | Participar activamente en el desarrollo , implementación y cumplimiento de las políticas institucionales, sistema integrado de gestión, acreditación,, seguridad del paciente y demás actividades enmarcadas dentro del sistema obligatorio de garantía de la calidad. | Participé en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado. | soporte historia clinica |
| 16 | Tener disposición de participar en la actividades del servicio. | Participe activamente en las actividades propuestas por el servicio. | soporte historia clinica |
| 17 | Participar en la elaboración, actualización, implementación y adherencia de guías, manuales, procedimientos y protocolos que apliquen al servicio. | Conozco y di cumplimiento a los procedimientos, guías, manuales, protocolos y demás establecidos por la Entidad, además de apoyar la implementación de los mismos | soporte historia clinica |
| 18 | Apoyar a la entidad en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales. | Apoye a la entidad en las actividades que demando según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales. | soporte historia clinica |
| 19 | Participar en la elaboracion de respuestas y reclamaciones y requerimientos que se presenten en desarrollo de la atención que se obliga a prestar a los usuarios o pacientes que demanden el servicio. | Participe en la elaboracion de respuestas y reclamaciones y requerimientos que se presentaron en desarrollo de la atención que se obliga a prestar a los usuarios o pacientes que demanden el servicio | soporte historia clinica |
| 20 | Prestar el apoyo necesario para dar respuesta a objeciones iniciales evitando así que se genere glosa definitiva o procesos de conciliación por parte de EPS -S-EAPB. | **Preste el apoyo necesario para dar respuesta a objeciones iniciales evitando así que se genere glosa definitiva o procesos de conciliación por parte de EPS -S-EAPB** | soporte historia clinica |
| 21 | Notificar los sucesos de seguridad que se presenten durante el proceso de atención, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio. | Notifique los sucesos de seguridad que se presenten durante el proceso de atención, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio. | soporte historia clinica |
| 22 | Reportar los eventos de notificacion obligatoria con la oprotunidad establecida en la normatividad vigente. | Reporte los eventos de notificacion obligatoria con la oprotunidad establecida en la normatividad vigente. | soporte historia clinica |
| 23 | Desarrollar actividades de docencia de servicio en la revista médica u otro espacio dirigidas a los estudiantes y/o personal del servicio, para el desarrollo y formación del recurso humano en salud, si aplica. | Participe en las Revistas Médicas con la especialidad pertinente, reuniones académicas, juntas médicas, reuniones asistenciales o administrativas según las necesidades del servicio y cuando se le requiera. | soporte historia clinica |
| 24 | Instruir a la comunidad sobre la prevención de las enfermedades propias de su especialidad. | nstruí a la comunidad sobre la prevención de las enfermedades propias de su especialidad. | soporte historia clinica |
| 25 | Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones, comités y eventos a los cuales sea convocado. | Participe en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones, comités y eventos a los cuales sea convocado. | soporte historia clinica |
| 26 | Informar al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de sus obligaciones. | Informe al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de sus obligaciones. | soporte historia clinica |

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**
**VERSION: 02**
**FECHA: 2020-05-04**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 27 | Felicitar las labores de supervisión que la Subred, realice en forma directa por la Subdirección de Servicios de Salud, la Oficina de Calidad y/o a traves de terceros. | Felicite las labores de supervisión que la Subred, realice en forma directa por la Subdirección de Servicios de Salud, la Oficina de Calidad y/o a traves de terceros. | soporte historia clinica |
| 28 | Cumplir oportunamente las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demás solicitudes de la Supervisión y de la Oficina de Garantía de Calidad. | Cumpli oportunamente las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demás solicitudes de la Supervisión y de la Oficina de Garantía de Calidad. | soporte historia clinica |
| 29 | Acreditar 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 | Cumpli con el pago de los aportes al sistema de seguridad social y parafiscal durante la vigencia del contrato, requisito indispensable para generar cada pago a mi favor, anexando mi planilla de pago para la ejecución del contrato los aportes el sistema integral de | soporte historia clinica |
| 30 | Desarrollar las actividades de supervisión de los contratos cuando estas sean asignadas. | Desarrolle las actividades de supervisión de los contratos cuando estas sean asignadas | soporte historia clinica |
| 31 | Todas las demás inherentes o necesarias para la correcta prestación del servicio. | Realice todas las demás obligaciones inherentes o necesarias para la correcta prestación del servicio. | soporte historia clinica |
| 32 | Ejercer las actividades propias de la profesión del servicio. | Ejercí las actividades propias de la profesión del servicio. | soporte historia clinica |
| 33 | Recibir y entregar turno de acuerdo a lo acordado con el supervision y de conformidad al objeto misional de la Entidad. | Desarrolle las actividades de supervisión del contrato cuando estas fueron asignadas. | soporte historia clinica |

Se

RICHARD OROPEZA
Firma del Contratista

C.C. 676.784 de VENEZUELA

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS | |
|---|---|
| NOMBRE: | LUZ GUISELLE LIXABEN JIMENEZ |
| CARGO: | DIRECCION URGENCIAS |
| FIRMA | Luz Guiselle |

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE EXTRANJERIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 676784 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | RICHARD WILFREDO OROPEZA GUEVARA |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BOGOTA DISTRITO CAPITAL | DEPARTAMENTO: | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL |
| DIRECCIÓN: | CRA 73 NA # 74-36 | TELÉFONO: | 7653774 |
| 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: | 1156607699 | | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN | MES: | abril | PERIODO COTIZACIÓN | MES: | abril |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: | 2020 | SALUD: | AÑO: | 2020 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2020/05/21 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 383373669 |

## LIQUIDACIÓN GENERAL

| | | | TOTALES | |
|---|---|---|---|---|
| | | | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| **PENSIÓN** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 800224808 | 230301 | 230301-PORVENIR | 1 | $ 60.740 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 60.740** |
| **SALUD** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 830003564 | EPS017 | EPS017-FAMISANAR | 1 | $ 253.100 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 253.100** |
| **RIESGOS PROFESIONALES** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 890903790 | 14-11 | 14-11 - ARL SURA | 1 | $ 49.300 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 49.300** |

| | |
|---|---|
| **TOTAL PAGADO:** | **$ 363.140** |