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

## 1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

**No. CONTRATO - OPS:** PS 3562 2020 **C.D.P. No.:** 13

**Proceso al que pertenece:** PROCESO ASISTENCIAL
**Unidad a la que pertenece:** CAPS SANTA CLARA

**Nombre del Contratista:** ENRIQUE PRIETO DIAGO **C.C.** 79.300.992 **de:** BOGOTA

**Fecha Inicio:** 2020-02-19 **Fecha Terminación incial:** 2020-07-31 **Valor Mensual:** $ 3.033.380 **Valor a cobrar:** $ 3.033.380

| ADICIÓN/ OTROS! | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 0 | | | | |
| 0 | | | | |
| 0 | | | | |
| 0 | | | | |
| 0 | | | | |
| 0 | | | | |
| 0 | | | | |
| 0 | | | | |
| 0 | | | | |
| 0 | | | | |
| 0 | | | | |
| 0 | | | | |

| Nº CTA | MES DE CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR | VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL | NÚMERO DE PLANILLA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | FEBRERO | $ 1.906.696 | $ 387.700 | 40662760 |
| 2 | MARZO | $ 4.160.064 | $ 387.700 | 41357939 |
| 3 | ABRIL | $ 3.033.380 | $ 387.700 | 34069907 |
| 4 | MAYO | $ 3.033.380 | $ 387.700 | 41985907 |
| 5 | JUNIO | $ 3.033.380 | $ 387.700 | 43408865 |
| 0 | | | | |
| 0 | | | | |
| 0 | | | | |
| 0 | | | | |
| 0 | | | | |
| 0 | | | | |
| 0 | | | | |
| 0 | | | | |

**Resumen de contrato**

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 19.240.296 | $ 19.240.296 | $ 15.166.900 | $ 4.073.396 |

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

**OBJETO DEL CONTRATO**

PRESTAR SUS SERVICIOS PERSONALES Y PROFESIONALES, EN SU CONDICIÓN DE ESPECIALISTA EN NEUMOLOGIA, PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LOS DIFERENTES SERVICIOS CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E S E.

**Relación de actividades para el periodo:** **Desde:** 2020-06-01 **Hasta:** 2020-06-30

| | OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta) | DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO 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. | Realizo las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan de atención de su especialidad. | REGISTRO HISTORIAS CLINICAS DIMANICA GERENCIAL, AGENDA DE CITAS MEDICAS. |
| 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 | Llevo registro de la atencion de los procedimientos, actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadisticos definados por la normatividad vigente y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación | REGISTRO HISTORIAS CLINICAS DIMANICA GERENCIAL, AGENDA DE CITAS MEDICAS. |
| 3 | Cumplir con las exigencias legales y éticas para el manejo adecuado de la historia clínica | Cumplio con las exigencias legales y éticas para el manejo adecuado de la historia clinica | REGISTRO HISTORIAS CLINICAS DIMANICA GERENCIAL, AGENDA DE CITAS MEDICAS. |
| 4 | Participar en la programación de actividades del área | Participo en la programacion de actividades del área. | REGISTRO HISTORIAS CLINICAS DIMANICA GERENCIAL, AGENDA DE CITAS MEDICAS. |
| 5 | Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente | Reporto los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente. | REGISTRO HISTORIAS CLINICAS DIMANICA GERENCIAL, AGENDA DE CITAS MEDICAS. |
| 6 | Realizar resúmenes de historia clínica, epicrisis u otros documentos asistenciales o administrativos según se requiera. | Realizo resúmenes de historia clinica, epicrisis u otros documentos asistenciales o administrativos según se requiera. | REGISTRO HISTORIAS CLINICAS DIMANICA GERENCIAL, AGENDA DE CITAS MEDICAS. |
| 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 | Notifico 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. | REGISTRO HISTORIAS CLINICAS DIMANICA GERENCIAL, AGENDA DE CITAS MEDICAS. |
| 8 | Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente. | Imparto instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente | REGISTRO HISTORIAS CLINICAS DIMANICA GERENCIAL, AGENDA DE CITAS MEDICAS. |
| 9 | Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad | Diligencio en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad | REGISTRO HISTORIAS CLINICAS DIMANICA GERENCIAL, AGENDA DE CITAS MEDICAS. |
| 10 | Diligenciar el consentimiento informado acorde con la atención brindada | Diligencio el consentimiento informado acorde con la atención brindada. | REGISTRO HISTORIAS CLINICAS DIMANICA GERENCIAL, AGENDA DE CITAS MEDICAS. |
| 11 | Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación | Practico el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación | REGISTRO HISTORIAS CLINICAS DIMANICA GERENCIAL, AGENDA DE CITAS MEDICAS. |
| 12 | 0 | 0 | 0 |
| 13 | 0 | 0 | 0 |
| 14 | 0 | 0 | 0 |
| 15 | 0 | 0 | 0 |
| 16 | 0 | 0 | 0 |

**REALIZO 35 HORAS CONSULTA NEUMOLOGIA**

Enrique Prieto D.

**Firma del Contratista**

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

**C.C** 79.300.992 **de** BOGOTA

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS | |
|---|---|
| **NOMBRE:** | **SANDRA ISABEL LOAIZA GONZALEZ** |
| **CARGO:** | ENFERMERO CODIGO 243 GRADO 20 |
| **FIRMA** | |

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 | 79300992 | ENRIQUE PRIETO DIAGO | | CALLE 109 # 21 -58 Apto 102 | 6129049 | prietenrique@gmail.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 | |
| 2020-06 | 2020-06 | I | 16/06/2020 | 43408865 | $387.700 | |

## 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 | | | | | |
| EPS005 | Sanitas EPS | 800251440-6 | 156.600 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 156.600 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230901 | Old Mutual | 800253055-2 | 200.500 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 200.500 | 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 | 30.600 | | | | 30.600 | 0 | 0 | 30.600 | | | 306 | 30.600 | 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 | 156.600 | 156.600 |
| Pensión | 1 | 200.500 | 200.500 |
| Riesgos Laborales | 1 | 30.600 | 30.600 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 387.700 | 387.700 |

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