



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-1A-FI-014
VERSIÓN: 02
FECHA: 2020-05-04

I. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: PS 2404-2020 C.D.P. No.: 11 Proceso al que pertenece: MISIÓNAL - HOSPITALIZACIÓN URGENCIAS
Unidad a la que pertenece: CAPS SAMPER VENDOZA
Nombre del Contratista: SAMIR DE LA CRUZ MALDONADO C.C. 19.535.732 de: PUEBLO VIEJO - MAG.
Fecha Inicio: 2020-02-01 Fecha Terminación inicial: 2020-07-31 Valor Mensual: \$ 6.552.000 Valor a cobrar: \$ 8.680.000

ADICIÓN/OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	\$ 2.574.000		2020-08-01	2020-08-31
2	\$ 17.820.000		2020-09-01	2020-09-30
3	\$ 8.450.460		2020-10-01	2020-10-31
4	\$ 9.244.770		2020-11-01	2020-11-30
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	FEBRERO-20	\$ 6.468.000	\$ 761.500	40610819
2	MARZO-20	\$ 6.204.000	\$ 800.500	41187648
3	ABRIL-20	\$ 5.148.000	\$ 767.800	41781295
4	MAYO-20	\$ 5.148.000	\$ 767.800	41781295
5	JUNIO-20	\$ 8.910.000	\$ 369.400	43281417
6	JULIO-20	\$ 8.910.000	\$ 1.138.500	43941322
7	AGOSTO	\$ 3.960.000	\$ 1.138.500	44605222
8	AGOSTO	\$ 6.000.000	\$ 1.138.500	44605222
9	SEPTIEMBRE	\$ 10.080.000	\$ 1.272.600	45416637
10	OCTUBRE-20	\$ 8.680.000	\$ 1.287.900	46040167
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
	\$ 38.214.000	\$ 76.303.230	\$ 69.508.000	\$ 6.795.230

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

OBJETO DEL CONTRATO

Prestar servicios profesionales de Medicina General para la ejecución de actividades asistenciales en los diferentes servicios de urgencias y hospitalización de la Subred Integrada de Servicios de Salud

Relación de actividades para el periodo: Desde: 2020-10-01 Hasta: 2020-10-31

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO	PRODUCTO O EVIDENCIA
1. Realizar las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos requeridos para el manejo de patologías establecidas dentro del plan de atención de su profesión.	Se realiza el manejo de patologías de los pacientes atendidos en las guías de manejo de la institución y con la atención de los recursos humanos y materiales disponibles.	Historia Clínica Diligenciada en el sistema
2. Llevar registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, así como monitoreo actualizado los informes estadísticos definidos por la normatividad vigente y todos aquellos registros necesarios.	Se realiza registro de las atenciones y procedimientos realizados a los pacientes del servicio de urgencias y hospitalización en la historia clínica electrónica de la institución.	Historia Clínica Diligenciada en el sistema
3. Cumplir con las exigencias legales y éticas para el manejo adecuado de la historia clínica.	Se diligencia de manera oportuna, completa y dentro de la confidencialidad la historia clínica de los pacientes en el servicio de urgencias y hospitalización.	Historia Clínica Diligenciada en el sistema
4. Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.	Se notifican los eventos de notificación obligatoria teniendo en cuenta las normativas de la institución y los recursos humanos y materiales disponibles.	Historia Clínica Diligenciada en el sistema
5. Informar oportunamente al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente.	Se planifica y comunica de manera activa el plan de manejo de cada uno de los pacientes y se formula la historia clínica de manera oportuna y completa.	Historia Clínica Diligenciada en el sistema
6. Diligenciar el consentimiento informado acorde con la atención brindada.	Se diligencia el consentimiento informado de manera conjunta con el paciente, explicándole el procedimiento a realizar, sus riesgos y beneficios.	Historia Clínica Diligenciada en el sistema
7. Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiere su participación.	Se revaloriza de manera activa los pacientes del servicio de urgencias y hospitalización, de manera que se identifiquen de manera oportuna los cambios de su salud y se informe a su familia.	Historia Clínica Diligenciada en el sistema
8. Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.	Se informa al paciente, y en caso de requerirlo a sus familiares, acerca de las situaciones de salud y de la atención que se le brinda en la institución.	Historia Clínica Diligenciada en el sistema
9. Cumplir y planificar el cumplimiento de los procedimientos, guías, manuales, protocolos y demás establecidos por la institución, así como la implementación de los mismos.	Se pone en práctica las herramientas técnicas con las que cuenta la institución para la atención integral de los pacientes, entre las cuales se encuentran: historia clínica, historia de enfermería, etc.	Historia Clínica Diligenciada en el sistema
10. Atender a la Unidad con las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y otros.	Se cuenta con disposición para las actividades que requiera la institución dentro y fuera de ella.	Historia Clínica Diligenciada en el sistema

Observaciones:
Se anexa certificación de pago a Salud, pension y ARL.
En caso de tener contrato nuevo se debe anexar también la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro.
C.C. 19.535.732 de PUEBLO VIEJO - MAG.
Firma del Contratista: *Samir de la Cruz Maldonado*

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS

NOMBRE: *GRACIA MARCELA GORDA*
CARGO: *Lider Seles Controladora S.M.*
FIRMA: *Gracia Marcela Gorda*



PAC 1 de 2

DATOS DEL APORTANTE					
NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
19535732	sanit afonso de la cruz malderado	CALLE 182 # 21 86	30-5750044	sanitdeacruz17@hotmail.com	
CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	NO
1 - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAMES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					ENCUADROS UPC
					1 0
					TOTAL A PAGAR
2020-09	2020-09	1	16/10/2020	46040 67	\$ 1.287.900

ALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD									
S	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor	
	Compensar EPS	860066942-7	504.000	0	0	0	0	0	504.000
									1

TOTALES PENSION

P	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	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
	Colombos	800227140-6	645.200	0	0	0	20.200	20.200	0	0	0	685.600	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

L	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor									
	Seguros Bolívar S.A	860002503-2	98.300				98.300	0	0	98.300		983	98.300	1

TOTALES CAJAS

C.F	TOTALES CAJAS						
	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
</							