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 3738-2020 **C.D.P. No.:** 611 **Proceso al que pertenece:** URGENCIAS
**Unidad a la que pertenece** USS JORGE ELIECER GAITAN

**Nombre del Contratista:** ANGIE PAOLA GONZALEZ NIÑO **C.C.** 1.140.877.173 **de:** BARRANQUILLA

**Fecha Inicio:** 2020-03-06 **Fecha Terminación incial:** 2020-07-31 **Valor Mensual** $ 5.821.428 **Valor a cobrar:** $ 3.755.760

| 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-20 | $ 3.755.760 | $ 435.100 | 17402336 |
| 2 | ABRIL - 20 | $ 5.633.640 | $ 997.200 | 17556812 |
| 3 | | | | |
| 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 |
|---|---|---|---|
| $ 27.229.260 | $ 27.229.260 | $ 9.389.400 | $ 17.839.860 |

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

Prestar los servicios MEDICO GENERAL para la ejecución de actividades asistenciales en los diferentes servicios de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente.

**Relación de actividades para el periodo:** **Desde:** 2020-04-01 **Hasta:** 2020-04-30

| | OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta) | DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN |
|---|---|---|
| 1 | Realizar las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologias establecidos dentro del plan de atención de su profesión. | Se Realizaron las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologias establecidos dentro del plan de atención de su profesión. |
| 2 | Llevar registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, asi como mantener actualizados los informes estadisticos | Se Llevo registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, asi como mantener actualizados los informes estadisticos definidos por la normatividad vigente y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los |
| 3 | Cumplir con las exigencias legales y éticas para el manejo adecuado de la historia clinica. | Se Cumplió con las exigencias legales y éticas para el manejo adecuado de la historia clinica. |
| 4 | Participar en la programación de actividades del área | Se participó en la programación de actividades del área |
| 5 | Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente. | Se reportó los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente. |
| 6 | en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio. | Se Notificó 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. |
| 7 | Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente. | Se Impartió instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente. |
| 8 | Diligenciar el consentimiento informado acorde con la atención brindada. | Se Diligenció el consentimiento informado acorde con la atención brindada. |
| 9 | actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad; Realizando los registros correspondientes en la historia clinica, solicitudes de exámenes diagnósticos, formulación de medicamentos, formatos no POS, interconsultas, remisiones y otros documentos según indicaciones de los médicos tratantes, y avalado con firma y sello por los Médicos | Se Diligenció en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad; Realizando los registros correspondientes en la historia clinica, solicitudes de exámenes diagnósticos, formulación de medicamentos, formatos no POS, interconsultas, remisiones y otros documentos según indicaciones de los médicos tratantes, y avalado con firma y sello por los Médicos Especialistas |
| 10 | Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación. | Se Practicó el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación. |
| 11 | Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención | se Informó al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención |
| 12 | Emitir conceptos médicos que se le requieran. | Se emitó conceptos médicos que se le requieran. |
| 13 | Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la normatividad vigente. | Se poyó en el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la normatividad vigente. |
| 14 | Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas. | Respondí por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas. |
| 15 | Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado. | Participé en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado. |
| 16 | protocolos y demás establecidos por la Entidad, además de apoyar la implementación de los mismos | Conozco y di cumplimiento a los procedimientos, guias, manuales, protocolos y demás establecidos por la Entidad, además de apoyar la implementación de los mismos |
| 17 | Apoyar a la Entidad en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales | Se Apoyó a la Entidad en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales |
| 18 | Participar en la elaboración y actualización de los manuales de normas procedimientos y protocolos asistenciales del área | Participe en la elaboración y actualización de los manuales de normas procedimientos y protocolos asistenciales del área |
| 19 | Instruir a la comunidad sobre la prevención de las enfermedades propias de su especialidad. | Se intruyó a la comunidad sobre la prevención de las enfermedades propias de su especialidad. |

| | | |
|---|---|---|
| 20 | Mantener la reserva de la información | Se Mantuvo la reserva de la información |
| 21 | 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. |
| 22 | Velar porque la atención sea humana, eficaz, cálida con todos y cada uno de los usuarios que requieran el servicio. | Se Veló porque la atención sea humana, eficaz, cálida con todos y cada uno de los usuarios que requieran el servicio. |
| 23 | Apoyo en procedimientos médico quirúrgicos según solicitud del médico tratante requiera. | |
| 24 | reuniones académicas, juntas médicas, reuniones asistenciales o administrativas según las necesidades del servicio y cuando se le | 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. |
| 25 | Dar respuesta a quejas o requerimientos oportunamente cuando se le asigne | Di respuesta a quejas o requerimientos oportunamente cuando se le asigne |
| 26 | Realizar resúmenes de historia clínica, epicrisis u otros documentos asistenciales o administrativos según se requiera | Se Realizó resúmenes de historia clínica, epicrisis u otros documentos asistenciales o administrativos según se requiera |
| 27 | Acompañamiento de visitas externas a los servicios cuando se requieran. | Acompañe en visitas externas a los servicios cuando se requieran. |
| 28 | Promovi las normas de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad en los servicios asignados | Promover las normas de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad en los servicios asignados |
| 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. |

| | |
|---|---|
| Observaciones: | Firma del Contratista |
| Se anexa certificación de pago a Salud. pensión y ARL.<br>En caso de tener contrato nuevo se debe anexar también la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro | C.C. 1.140.877.173 de BARRANQUILLA |

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS | |
|---|---|
| NOMBRE: | LINA MARCELA ROJAS G |
| CARGO: | LIDER UMHES JORGE ELIECER GAITAN |
| FIRMA | |

# RESUMEN PLANILLA PAGADA

ASOPAGOS s.a.

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| IDENTIFICACIÓN | DV | RAZÓN SOCIAL | CLASE | CÓDIGO | ARL | F. PRESENTACIÓN | ACT. ECO | TIPO DE EMPRESA |
| CC 1140877173 | 0 | ANGIE GONZALEZ | I | 0 | POSITIVA - 14-23 | ÚNICA | 7490 | Natural |
| MUN-DEP | DIRECCIÓN | | TELÉFONO | | | EMAIL | | EXENTO DE PARAFISCALES |
| 11-1 | CRA 96 2 44 | | 0 | | | ANGIE_150921@HOTMAIL.COM | | N |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PERIODO PENSIÓN | PERIODO SALUD | PLANILLA | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO | CENTRO DE TRABAJO | DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | VALOR PAGO | INTERES X MORA | ENTIDAD RECAUDO |
| 2020-03 | 2020-03 | 17556812 | I | 2020-03-31 | TODOS LOS CENTROS | TODOS | TODOS | 697.200 | 0 | BANCOLOMBIA |
| Nº AFILIADOS | REF. DE PAGO (PIN) | FECHA LIMITE PAGO | ESTADO PLANILLA | | | | | | | |
| 1 | 17556812 | 2020-04-20 | Pagada | | | | | | | |

| EMPLEADO | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | DIAS | | | | PENSIÓN | | | | | SALUD | | | CCF | | | RIESGOS | | TARIFA | PARAF | SENA | ICBF | ESAP | MIN | | | Total | Exento de Parafiscales |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| N. | ID | EMPLEADO | SALARIO | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VTE | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | EPST | AFPT | AFP | EPS | CCF | ARL | NOMBRE | IBC | Cot | FNSOL | FNSUB | NOMBRE | IBC | Cot | NOMBRE | IBC | Cot | IBC | Cot. | ARL | IBC | Cot. | Cot. | Cot. | Cot. | Cot. | Tipo Cot. | Sub. Tipo Cot. | | |
| 1 | CC 1140877173 | GONZALEZ NIÑO ANGIE PAOLA | 877.803 | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | | | 30 | 30 | 0 | 30 | PORVENIR-230301 | 2.253.456 | 360.600 | 0 | 0 | SANITAS-EPS005 | 2.253.456 | 281.700 | SIN CCF-SINCCF | 0 | 0 | 2.253.456 | 54.900 | 0,02436 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 59 | 0 | 697.200 | N |

RESUMEN PLANILLA PAGADA

ASOPAGOS s.a.

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| IDENTIFICACIÓN | DV | RAZÓN SOCIAL | CLASE | CÓDIGO | ARL | F. PRESENTACIÓN | ACT. ECO | TIPO DE EMPRESA |
| CC 1140877173 | 0 | ANGIE GONZALEZ | I | 0 | POSITIVA - 14-23 | ÚNICA | 7490 | Natural |
| MUN-DEP | DIRECCIÓN | | TELÉFONO | | | EMAIL | | EXENTO DE PARAFISCALES |
| 11-1 | CRA 98 2 44 | | 0 | | | ANGIE_150921@HOTMAIL.COM | | N |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PERIODO PENSIÓN | PERIODO SALUD | PLANILLA | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO | CENTRO DE TRABAJO | DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | VALOR PAGO | INTERES X MORA | ENTIDAD RECAUDO |
| 2020-03 | 2020-03 | 17556812 | I | 2020-03-31 | TODOS LOS CENTROS | TODOS | TODOS | 697.200 | 0 | BANCOLOMBIA |
| Nº AFILIADOS | REF. DE PAGO (PIN) | FECHA LIMITE PAGO | ESTADO PLANILLA | | | | | | | |
| 1 | 17556812 | 2020-04-20 | Pagada | | | | | | | |

| TOTALES IBC | | | | |
|---|---|---|---|---|
| IBC PENSIÓN | IBC SALUD | IBC RIESGOS | IBC CAJAS | IBC PARAF |
| 2.253.456 | 2.253.456 | 2.253.456 | 0 | 0 |

| SUBSISTEMA | CÓDIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | VALOR UPC | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP(Administradoras: 1) | | | | 1 | 360.600 | 0 | 0 | 0 | 360.600 |
| PORVENIR | 230301 | 800224808 | 8 | 1 | 360.600 | 0 | 0 | 0 | 360.600 |
| EPS(Administradoras: 1) | | | | 1 | 281.700 | 0 | 0 | 0 | 281.700 |
| SANITAS | EPS005 | 800251440 | 6 | 1 | 281.700 | 0 | 0 | 0 | 281.700 |
| ARP(Administradoras: 1) | | | | 1 | 54.900 | 0 | 0 | 0 | 54.900 |
| POSITIVA | 14-23 | 860011153 | 6 | 1 | 54.900 | 0 | 0 | 0 | 54.900 |
| Gran Total | | | | | 697.200 | 0 | 0 | 0 | 697.200 |