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 3057 2020	**C.D.P. No.:**	10	**Proceso al que pertenece:**	PROCESO ASISTENCIAL/MEDICO GENERAL
				Unidad a la que pertenece:	CHIRCALES
Nombre del Contratista:	ALINA LUCÍA MUÑOZ FUENTES			**C.C.** 34.533.539	**de:** POPAYÁN
Fecha Inicio:	2020-02-01	**Fecha Terminación inicial:**	2020-07-31	**Valor Mensual:** $ 8.450.460	**Valor a cobrar:** $ 8.450.460

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	FEBRERO	$ 7.699.308	$ 1.015.400	561653563
2	MARZO	$ 8.074.884	$ 952.700	57363882#
3	ABRIL	$ 7.699.308	$ 999.300	9404926388
4	MAYO	$ 8.450.460	$ 552.400	9405945928
5	JUNIO	$ 8.450.460	$ 606.500	9407337420-9407157263
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
$ 45.069.120	$ 45.069.120	$ 40.374.420	$ 4.694.700

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 EN LA DIRECCION DE URGENCIAS, (ACTIVIDADES ASISTENCIALES Y DEMÁS 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:** 2020-06-01 **Hasta:** 2020-06-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	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 cuenta que todas las decisiones clínicas generadas en la atención médica, procurarán el mejoramiento de la salud del paciente, el uso racional del conocimiento médico y de los recursos disponibles.	Se Realizaron las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patología establecidos dentro del plan de atención de su profesión.	Registro en historias clínicas
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 actividades, procedimientos, protocolos, intervenciones y guías de atención, de acuerdo a los estándares de habilitación y acreditación.	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.	Registro en historias clínicas
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 autonomía institucional de la Sub Red, acogiendo las directrices institucionales.	Registro en historias clínicas
4	Realizar las actividades según las necesidades de la Subred donde 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 donde cobertura en todas las unidades según necesidad.	Registro en historias clínicas
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.	Se informo al paciente y su familia sobre la condición clínica, plan de manejo, atención y recomendaciones de egreso, resolviendo las inquietudes con respecto a la atención.	Registro en historias clínicas
6	Llevar registro de la actividades, procedimientos e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la institución 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 institución y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de facturación.	Registro en historias clínicas
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 ética médica y las disposiciones legales pertinentes propias de los servicios en donde se preste la atención.	Registro en historias clínicas
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 requería su participación y se impartieron instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados.	Registro en historias clínicas
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 requerían, se realizaron resúmenes de historia clínica, epicrisis u otros documentos asistenciales o administrativos solicitados.	Registro en historias clínicas
10	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 acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente, los procedimientos de auditoria y demás directrices relacionadas con el manejo de historias clínicas y respaldando todas las actuaciones realizadas al paciente con firma y sello.	Diligencio 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 acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente, los procedimientos de auditoria y demás directrices relacionadas con el manejo de historias clínicas y respaldando todas las actuaciones realizadas al paciente con firma y sello.	Registro en historias clínicas

Observaciones:

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

Firma del Contratista

C.C. 34.533.539 **de** POPAYÁN

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	LUZ GUISELLE LINARES
CARGO:	DIRECTOR URGENCIAS
FIRMA	

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 34533539		MUÑOZ FUENTES ALINA LUCIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cll 106b # 54 - 30	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7587947	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-05	2020-05	648196756	9407157263	I	2020/06/09	2020/06/09	BANCOLOMBIA	0	$597,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
1	CC	34533539	MUÑOZ FUENTES ALINA LUCIA	25-14	30	$3,332,848	$100,000	EPS008	30	$3,332,848	$416,700		0	$0	$0	14-7	30	$3,332,848	$81,200	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$3,332,848	$100,000			$3,332,848	$416,700			$0	$0			$3,332,848	$81,200		$0	$0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$100,000	$0	$0	$100,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$100,000	$0	$0	$100,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$81,200	$0	$0	$81,200
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$81,200	$0	$0	$81,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$416,700	$0	$0	$416,700
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$416,700	$0	$0	$416,700
TOTAL				1	$597,900	$0	$0	$597,900

PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA

2020/06/09 08:49 AM

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 34533539		MUÑOZ FUENTES ALINA LUCIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cll 106b # 54 - 30	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7587947	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-05	2020-05	655941863	9407337420	N	2020/06/09	2020/06/18	BANCOLOMBIA	9	$8,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
1	CC	34533539	MUÑOZ FUENTES ALINA LUCIA	25-14	30	$3,380,180	$101,500	EPS008	30	$3,380,180	$422,600		0	$0	$0	14-7	30	$3,380,180	$82,400	0	$0	$0
2	CC	34533539	MUÑOZ FUENTES ALINA LUCIA	25-14	30	($3,332,848)	($100,000)	EPS008	30	($3,332,848)	($416,700)		0	$0	$0	14-7	30	($3,332,848)	($81,200)	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$47,332	$1,500			$47,332	$5,900			$0	$0			$47,332	$1,200		$0	$0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,500	$0	$0	$1,500
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$1,500	$0	$0	$1,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,200	$0	$0	$1,200
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$1,200	$0	$0	$1,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$5,900	$0	$0	$5,900
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$5,900	$0	$0	$5,900
TOTAL				1	$8,600	$0	$0	$8,600

2020/06/17 06:49 PM