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 5191 2021	C.D.P. No.:	102	Proceso al que pertenece:	MISIONAL
				Unidad a la que pertenece:	UMHES SAN BLAS
Nombre del Contratista:	MARIA MILAGROS DAZA VEGA			C.C.:	1 140 886 773 de: BARRANQUILLA
Fecha Inicio:	2021-02-01	Fecha Terminación inicial:	2021-03-31	Valor Mensual:	$ 4.496.500 Valor a cobrar: $ 8.993.000

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	$ 3.760.000	$ 712.000	94171859651
2	MARZO	$ 4.496.500		
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
$ 12.288.000	$ 12.288.500	$ 12.256.950	$ 32.000

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 GENERAL, PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES, EN LOS DIFERENTES SERVICIOS Y 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: 2021-03-01 Hasta: 2021-03-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO	
		ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Realizar las actividades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos determinados dentro del plan de manejo de su especialidad, de una manera oportuna y pertinente.	Se ejecutaron las actividades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos determinados 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, procuraron el mejoramiento de la salud del paciente, el uso racional del conocimiento médico y de los recursos disponibles.	Registros de historia clínica electrónica en el sistema de información Dinamica Gerencial urgencias, firmadas electronicamente con mis credenciales (usuario y contraseña).
2	Brindar una atención en salud buscando los mejores estándares de oportunidad, integridad, eficiencia, continuidad y pertinencia, en un ambiente de atención personalizada y humanizada.	Los pacientes asignados fueron atendidos oportuna e integralmente, individualizando el plan de manejo en términos de suficiencia y pertinencia de acuerdo con las necesidades individuales, cumpliendo con el principio de equidad inherente a las actividades, procedimientos, protocolos, intervenciones y guías de atención institucionales para cumplir con los estándares de habilitación y procurando alcanzar los definidos para la acreditación.	Registros de historia clínica electrónica en el sistema de información Dinamica Gerencial urgencias, firmadas electronicamente con mis credenciales (usuario y contraseña).
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.	Los servicios asistenciales fueron prestados de acuerdo con lo dispuesto en la plataforma estratégica de la SUBRED, respetando la estructura orgánica, los reglamentos administrativos, técnicos, científicos y disciplinarios y acogiendo las directrices institucionales.	Registros de historia clínica electrónica en el sistema de información Dinamica Gerencial urgencias, firmadas electronicamente con mis credenciales (usuario y contraseña).
4	Realizar las actividades según las necesidades de la subred dando cobertura en todas las unidades en donde se ofrezca el servicio y sea requerido.	Las actividades programadas se desarrollaron según las necesidades de la subred, dando cobertura en todas las unidades donde fueron requeridos los servicios.	Cuadros de programación de actividades firmados por el referente de servicio y la dirección de urgencias de la Subred.
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 informó al paciente y su familia sobre la condición clínica, plan de manejo, atención y recomendaciones de egreso, preguntando a los usuarios sobre su satisfacción con los servicios prestados y resolviendo las inquietudes relacionadas con el proceso de atención.	Registros de historia clínica electrónica en el sistema de información Dinamica Gerencial urgencias, firmadas electronicamente con mis credenciales (usuario y contraseña).

CUENTA DE COBRO (Consecutivo) No. ____01___ Mes Marzo de 2021

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD
CENTRO ORIENTE E.S.E.
Nit. 900.959.051.7

DEBE A:

Nombre: MARIA MILAGROS DAZA VEGA
C.C. No. 1140880773

La suma de: $ 6.496.000 (SEIS MILLONES CUATROCIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL PESOS)

Total Horas: 203

Por concepto de:

- Honorarios por Prestación de Servicios en cumplimiento del Contrato No. PS 3191 2021, correspondiente al mes de Marzo 2021.

OBJETO: PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES, DE MANERA PERSONAL Y AUTÓNOMA, EN SU CONDICIÓN DE MÉDICO GENERAL HOSPITALARIA EN SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN MEDICINA INTERNA, PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES, EN LOS DIFERENTES SERVICIOS Y EN LAS UNIDADES QUE SE REQUIERA, CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Cordialmente,

MARIA MILAGROS DAZA VEGA

C.C. No. 1140880773
Teléfono: 3006423959

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1140880773		DAZA VEGA MARIA MILAGROS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 56 #156-37	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-02	2021-02	913128227	9417189965	I	2021/03/16	2021/03/04	BANCO DAVIVIENDA	0	$712,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$368,700	$0	$0	$368,700
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$368,700	$0	$0	$368,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$56,200	$0	$0	$56,200
COLMENA	14-25	800,226,175	3	1	$56,200	$0	$0	$56,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$288,000	$0	$0	$288,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$288,000	$0	$0	$288,000
TOTAL				1	$712,900	$0	$0	$712,900

OK



DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1140880773		DAZA VEGA MARIA MILAGROS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 56 #156-37	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	NO

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-02	2021-03	913418227	94171899465	I	2021/03/16	2021/03/04	BANCO DAVIVIENDA	0	$732,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,304,000	$368,700			$2,304,000	$288,000			$0	$0			$2,304,000	$56,200		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,304,000	$368,700			$2,304,000	$288,000			$0	$0			$2,304,000	$56,200		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$2,304,000	$368,700			$2,304,000	$288,000			$0	$0			$2,304,000	$56,200		$0	$0
1	CC 1140880772	DAZA MARIA	03030	30	$2,304,000	$368,700	05005	30	$2,304,000	$288,000		0	$0	$0	14-25	30	$2,304,000	$56,200	0	$0	$0
Total Afiliados(1)					$2,304,000	$368,700			$2,304,000	$288,000			$0	$0			$2,304,000	$56,200		$0	$0

	Informar al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de sus obligaciones	Se informó al supervisor del contrato sobre las novedades presentadas durante el cumplimiento de mis obligaciones	Reporte de novedades al supervisor de contrato a la dirección de correo electrónico institucional hospitalizacionsanblas@subred.centrooriente.gov.co
27	Facilitar 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 través de terceros	Mantuve comunicación permanente con el supervisor del contrato para facilitar las labores de verificación de cumplimiento de actividades y obligaciones	Entrega de turno y Reporte de novedades al supervisor de contrato a la dirección de correo electrónico institucional hospitalizacionsanblas@subred.centrooriente.gov.co
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.	Se cumplió oportunamente con las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demás solicitudes de la Supervisión y de la Oficina de Garantía de Calidad.	Respuesta a comunicaciones del supervisor de contrato a la dirección de correo electrónico institucional hospitalizacionsanblas@subred.centrooriente.gov.co
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.	Se adjunto mensualmente una copia impresa de la planilla integrada de liquidación de aportes al sistema de seguridad social en salud, identificada con mi número de documento de identificación, liquidando los valores correspondientes a EPS, AFP y ARL sobre el ingreso base de cotización correspondiente al 40% de mis honorarios.	Documentos de ejecución del contrato en la plataforma del sistema electrónico de contratación pública "SECOP II"
30	Apoyar en la parte técnica las actividades de supervisión de los contratos cuando estas sean asignadas.	No fui designado como supervisor de contratos en el periodo certificado	No aplica documentación o evidencia para esta obligación.
31	Cumplir con las actividades establecidas en el respectivo contrato, cumpliendo con las directrices establecidas por la institución; en los casos de novedades informar con anticipación para el cubrimiento de sus actividades	Se cumplió la programación de actividades. Ante imprevistos o eventos de fuerza mayor, se informó formalmente al supervisor del contrato sobre los cambios de turno.	Cuadros de programación de actividades firmados por el referente de servicio y la dirección de hospitalización de la Subred y comunicación de novedades al supervisor de contrato enviadas al correo electrónico institucional hospitalizacionsanblas@subred.centrooriente.gov.co
32	En caso de presentarse novedades, informar con anticipación dicha situación a su supervisor para efectos de tomar las medidas necesarias.	Se mantuvo comunicación directa y formal con el supervisor del contrato para informar las novedades en la ejecución de actividades.	Comunicación de novedades al supervisor de contrato enviadas al correo electrónico institucional hospitalizacionsanblas@subred.centrooriente.gov.co
33	Todas las demás informes o necesarias para la correcta prestación del servicio	Se atendieron las solicitudes de las diferentes dependencias institucionales con ocasión del cumplimiento de mis obligaciones contractuales.	Respuesta a comunicaciones del supervisor de contrato a la dirección de correo electrónico institucional hospitalizacionsanblas@subred.centrooriente.gov.co
34	Acreditar inscripción en el RETHUS Y MIPRES.	Se acredita la inscripción a RETHUS y MIPRES al inicio del contrato.	Documentos del proveedor en la plataforma del sistema electrónico de contratación pública "SECOP II"
35	Portar el carnet institucional de la SUBRED durante la ejecución de las actividades contractuales.	Se porta el carné de identificación institucional durante el desarrollo de las actividades asistenciales, de acuerdo con lo establecido según el área de servicio en cuanto a cumplimiento de medidas de bioseguridad.	Minutas de la empresa de seguridad.
36	Ejercer las actividades propias de la profesión de conformidad con las normas y/o reglamentos de acuerdo al objeto contractual y las necesidades del servicio.	Presté mis servicios profesionales de manera personal y autónoma en mi condición de médico general para la ejecución de actividades asistenciales en la UMHES San Blas de acuerdo con las necesidades del servicio y las actividades concertadas y programadas.	Cuadros de programación de actividades firmados por el referente de servicio y la dirección de urgencias de la Subred.
37	Recibir y entregar turno de acuerdo a lo acordado con el Supervisor y de conformidad al objeto misional de la Entidad.	Recibí y entregué turno de acuerdo con los lineamientos del "PROTOCOLO DE ENTREGA DE TURNO MEDICO MI-TV-PT-21" y el formato institucional de entrega de turno CÓDIGO: MI-TV-FT-100	Carpeta de entrega de turno del servicio de urgencias adultos

Observaciones:

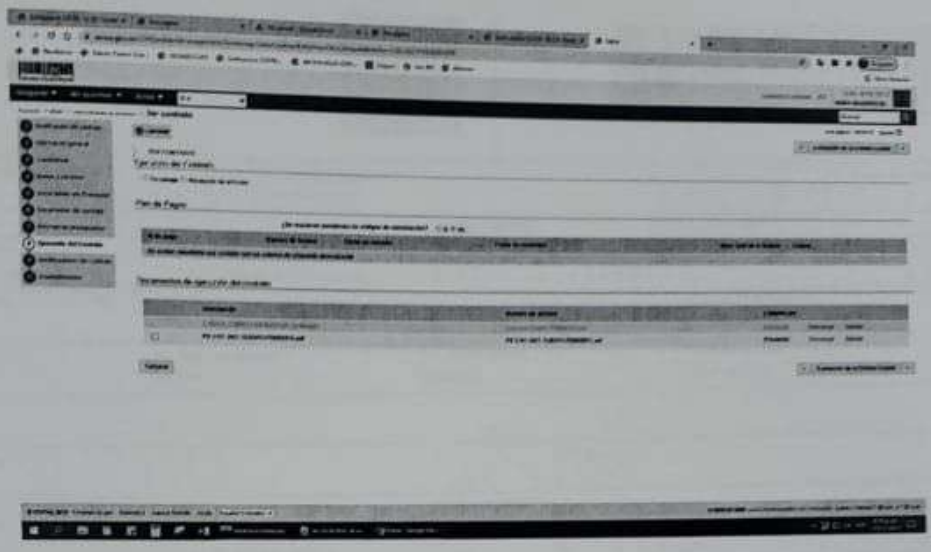
Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL.
En caso de tener contrato nuevo se debe anexar también la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro

María Milagros Para Vega

Firma del Contratista

C.C. 1.140.888.773 de BARRANQUILLA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	EDGAR URIEL IARA HERRERA
CARGO:	REFERENTE DE SERVICIOS ASISTENCIALES UMHES SAN BLAS
FIRMA	



Formulario del Registro Único Tributario

001

Actualización 0 2

4. Número de formulario: 14746284018

(415)7707212489984(8020) 000001474628401 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 1 1 4 0 8 8 0 7 7 3 | 6. DV: 9

12. Dirección seccional: Impuestos de Bogotá | 3 2

14. Buzón electrónico:

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente: Persona natural o sucesión ilíquida 2

25. Tipo de documento: Cédula de Ciudadanía 1 3

26. Número de identificación: 1140880773

27. Fecha expedición: 2013/10/11

Lugar de expedición: COLOMBIA | 28. País: 1 6 9

29. Departamento: Atlántico 0 8

30. Ciudad/Municipio: Barranquilla 0 0 1

31. Primer apellido: DAZA

32. Segundo apellido: VEGA

33. Primer nombre: MARIA

34. Otros nombres: MILAGROS

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACIÓN

38. País: COLOMBIA 1 6 9

39. Departamento: Bogotá D.C. 1 1

40. Ciudad/Municipio: Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal: CR 72 BIS 152 B 32

42. Correo electrónico: doctoramilagrosdaza@gmail.com

43. Código postal: 1 1 1 1 1 1

44. Teléfono 1: 3 0 0 6 4 2 3 9 5 9

45. Teléfono 2:

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 1 0	2017/08/01						

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 2 0

20- Obtención NIT

Obligados aduaneros

54. Código (1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 / 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20)

Exportadores

55. Forma | 56. Tipo | Servicio 1 2 3 | 57. Modo | 58. CPC

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X]

60. No. de Folios: 0

61. Fecha: 2021 - 03 - 12 / 09 : 20: 39

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre: DAZA VEGA MARIA MILAGROS

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 16-03-2021 01:02:43

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO