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 CONTRATACIÓN
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CÓDIGO: AP-1A-FT-014
VERSIÓN: 04
FECHA: 2024-02-22

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 2878-2024	**C.D.P. No.:**	317	**Proceso que pertenece:**	MISIONAL
				Servicio al que pertenece:	DIRECCION DE SERVICIOS DE URGENCIAS
				Unidad a la que pertenece:	CAPS DIANA TURBAY

Nombre del Contratista: ANA ELIZABETH MOLINA SOSA **C.C.** 53.116.914 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2024-01-21 **Fecha Terminación inicial:** 2024-03-20 **Valor Mensual:** $ 6.348.060 **Valor a cobrar:** $ 6.348.060

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 9.522.090	317	2024-03-21	2024-04-20
2	$ 9.522.090	1030	2024-04-21	2024-05-20
3	$ 24.648.752	1270	2024-05-21	2024-06-30
4	$ 0	1619	2024-06-30	2024-07-31
5	$ 25.924.126	2598	2024-08-01	2024-10-31

N° CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO PLANILLA
1	ENERO	$ 2.539.224	$ 804.800	73680672	1/09/2024
2	FEBRERO	$ 9.522.090	$ 854.300	74409697	5/02/2024
3	MARZO	$ 7.617.672	$ 1.201.400	75218062	5/03/2024
4	ABRIL	$ 9.522.090	$ 961.100	75848212	1/04/2024
5	MAYO	$ 6.348.060	$ 1.201.400	76571331	2/05/2024
6	JUNIO	$ 9.522.090	$ 801.000	77290920	30/05/2024
7	JULIO	$ 9.098.886	$ 801.000	78371230	3/07/2024
8	AGOSTO	$ 6.348.060	$ 1.148.000	79241222	5/08/2024

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 13.119.324	$ 82.736.382	$ 60.518.172	$ 22.218.210

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2024-08-01 **Hasta:** 2024-08-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUTO O EVIDENCIA
1	Desarrollar las actividades que se generen directa e indirectamente del objeto contractual en las Unidades de prestación de servicios asignadas de acuerdo con la programación de actividades	Realicé las actividades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos determinados dentro del plan de manejo de su especialidad, de una manera oportuna y pertinente	Registro de historia clínica en el aplicativo Dinamica Gerencial.
2	Cumplir con el objeto del contrato de manera personal y autónoma	Brindé una atención en salud buscando los mejores estándares de oportunidad, integridad, suficiencia, continuidad y pertinencia, en un ambiente de atención personalizada y humanizada	Registro de historia clínica en el aplicativo Dinamica Gerencial.
3	Cumplir con las Leyes, Decretos, Acuerdos, Resoluciones, Circular de cualquier órgano externo o Reglamento Interno, Código o Directriz Interna de la E.S.E que tenga relación con la ejecución del objeto del presente contrato.	Presté mis servicios asistenciales respetando la autonomía institucional de la SUBRED, su visión, misión, estructura orgánica reglamentos administrativos, técnicos, científicos y disciplinarios, acogiendo las directrices institucionales	Registro de historia clínica en el aplicativo Dinamica Gerencial.
4	Acatar las instrucciones que durante el desarrollo del contrato imparta la SUBRED a través del supervisor del contrato.	Realicé las actividades según las necesidades de la subred dando cobertura en todas las unidades en donde se oferta el servicio y sea requerido	Registro de historia clínica en el aplicativo Dinamica Gerencial.
5	No acceder a peticiones o amenazas de quienes actúen por fuera de la ley con el fin de hacer u omitir algún hecho	Informé 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	Registro de historia clínica en el aplicativo Dinamica Gerencial.
6	Tener en cuenta las observaciones y lineamientos del supervisor del contrato.	Llevé registro de las actividades, procedimientos e intervenciones, mantuve actualizados los informes estadísticos definidos por la institución y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación	Registro de historia clínica en el aplicativo Dinamica Gerencial.

7	Garantizar la calidad de los servicios ofrecidos,(idoneidad humana, moral y técnica)	Respeté los derechos del paciente, cumplí el código de ética médica y las disposiciones legales pertinentes propias de los servicios en donde se preste la atención	Registro de historia clínica en el aplicativo Dinamica Gerencial.
8	Cumplir con las Guías, protocolos y procedimientos implementados por la Subred y demás características del sistema obligatorio de Garantías de Calidad de la Atención en Salud en el Sistema General de Seguridad Social	Realicé el seguimiento y control a pacientes en los que se requirió mi participación e impartí instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados	Registro de historia clínica en el aplicativo Dinamica Gerencial.
9	Realizar las actividades encomendadas relacionadas con las políticas de LA SUBRED respecto al proceso de acreditación, habilitación y certificación en Sistema de Gestión de Calidad.	Emití conceptos médicos que se me requirieron, realicé resúmenes de historia clínica, epicrisis y otros documentos asistenciales o administrativos que fueron solicitados	Registro de historia clínica en el aplicativo Dinamica Gerencial.
10	Entregar al Supervisor, una vez finalice el contrato los archivos físicos y magnéticos que se hubieren generado durante su ejecución	Diligencié en forma completa, oportuna, sistematizada y legible (en los casos en que se presentaron fallas del sistema) los formatos de las historias clínicas, consentimiento informado, reportes de estudios y demás registros propios de mi 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 de historia clínica de forma manual en los formatos respectivos que posteriormente fueron cargados en el aplicativo Dinamica Gerencial.
11	El Contratista será responsable ante las autoridades competentes por las acciones u omisiones en el ejercicio de las actividades que desarrollen en virtud del presente contrato, cuando con ellos causen perjuicio a LA SUBRED o a terceros.	Garanticé la debida reserva de la información del paciente y de los registros clínicos	Registro de historia clínica en el aplicativo Dinamica Gerencial.
12	Realizar el pago de los aportes al Sistema General de Seguridad Social y aportes Parafiscales, de conformidad con la Ley 1955 de 2019 Plan de Desarrollo 2018 – 2022, en su artículo 336 derogó éstos preceptos y en su lugar entró a regir el artículo 244 de la misma norma, ratificando lo dispuesto en la Ley 1753 de 2015, y demás normas que lo reglamenten, complementen o sustituyan. El incumplimiento de esta obligación o la falsedad en la misma será causal de	Garanticé la integridad y adecuado funcionamiento de los equipos, elementos e instalaciones, así como la utilización racional de los recursos que la Subred aporte al desarrollo de las actividades contratadas y responder por su reposición o reparación cuando los daños se ocasionen por negligencia o inadecuada manipulación de los mismos	Registro en las actas de entrega de material de proteccion personal e insumos
13	Ejecutar oportunamente sus obligaciones contractuales en concordancia con los planes que formule la Entidad en especial el Plan Operativo Anual y el Plan de Gestión de la Gerencia.	Reporté al área de Recursos Físicos – Activos Fijos de la SUBRED, los equipos de mi propiedad, que se destiné a las actividades asistenciales	Registro en las actas de entrega de material de proteccion personal e insumos
14	Realizar todas aquellas actividades necesarias tendientes al cabal cumplimiento del objeto del negocio jurídico e informar de manera oportuna las dificultades que se presenten en la ejecución de las responsabilidades asignadas	Participé activamente en el desarrollo, implementación y cumplimiento de las políticas institucionales, sistema integrado de gestión, acreditación, seguridad del paciente y demás actividades enmarcadas dentro del sistema obligatorio de garantía de la calidad	Registro de historia clínica en el aplicativo Dinamica Gerencial.
15	Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones dadas por vía normativa del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo SG-SST y propender por el cuidado personal durante la prestación del servicio, de acuerdo a lo establecido en el Decreto 723 de 2013, utilizando en debida forma los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada; e informar a LA SUBRED la ocurrencia de algún siniestro (accidente) durante la ejecución de las actividades del objeto contractual	Participé en las diferentes actividades del servicio, jornadas de capacitación, inducción, reuniones, comités y eventos a los cuales fui convocado	Registro en las actas de asistencia a capacitaciones
16	Participar en las actividades de prevención y promoción organizadas por LA SUBRED y Comités cuando sea requerido	Participé en la elaboración, actualización, implementación y adherencia de guías, manuales, procedimientos y protocolos que apliquen al servicio	Registro en las actas de asistencia a capacitaciones
17	Apoyar con la supervisión y seguimiento de contratos que celebre la Subred, cuando a ello hubiere lugar.	Apoyé a la Entidad en las actividades que demandó según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales	Registro en las actas de asistencia a capacitaciones
18	Coadyuvar con la supervisión de contratos que celebre la Subred, cuando a ello hubiere lugar	Participé en la elaboración de respuestas a reclamaciones y requerimientos que se presentaron en desarrollo de la atención que se obliga a prestar a los usuarios o pacientes que demandaron el servicio	Registro de historia clínica en el aplicativo Dinamica Gerencial.

Observaciones:
HORAS LABORADAS TOTAL 180 HORAS : DIANA TURBAY

Nota: Es deber contractual anexar la certificación del pago a Salud, pensión y ARL. En caso de tener contrato nuevo adjuntar el soporte de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud como cotizante y afiliación a pensión. Teniendo en cuenta que con la implementación del Decreto 1273 de 2018 el pago de aportes se hace de manera vencida de acuerdo con las fechas establecidas en el Decreto 1990 de 2016.

Ana E. Molina S.
Firma del Contratista

C.C. 53116914 de Bogotá

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATO

NOMBRE:	**FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO CC 15906500**
CARGO:	**DIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05**
FIRMA	

CUENTA DE COBRO No. 8

FECHA: 31/08/2024

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

DEBE A:

ANA ELIZABETH MOLINA SOSA

C.C. 53116914

LA SUMA DE

SEIS MILLONES TRESCIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL SESENTA PESOS

($6.348.060)

Por concepto de **180 HORAS** Honorarios por Prestación de Servicios en cumplimiento del Contrato No. **PS 2878 2024**, con afiliación a **ARL RIESGO 3** correspondiente del **01 AL 31 DE AGOSTO DE 2024**

Objeto: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Cordialmente,

Ana E. Molina S.

ANA ELIZABETH MOLINA SOSA
C.C. No. 53.116.914
Teléfono: 3114629328
Dirección: CARRERA 10 N.º 30B-21
N.º Cuenta: 4802008239
Tipo de cuenta: AHORROS
Nombre de la entidad: COLPATRIA

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	53116914	ANA ELIZABETH MOLINA SOSA	DAG 36 SUR 1B-38	3142961220	liz0531@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-07	2024-07	I	05/08/2024	79241222	$1.148.000	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	455.000	0		0		0	0	0	0	455.000	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	582.400	0	0	0	0	0	0		582.400	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	88.700				88.700	0	0	88.700			887	88.700	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	21.900	0	0	21.900	1

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	455.000	455.000
Pensión	1	582.400	582.400
Riesgos Laborales	1	88.700	88.700
CCF	1	21.900	21.900
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	1.148.000	1.148.000

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

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	53116914	ANA ELIZABETH MOLINA SOSA		DAG 36 SUR 1B-38	3142961220	liz0531@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-07	2024-07	I	05/08/2024	79241222	$1.148.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Dependiente	Aportante	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	IGE	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporta SENA	Aporta ICBF	Aporta ESAP	Aporta MEN
1	CC	53116914	MOLINA SOSA ANA ELIZABETH	57	0			N																	25-14	3.639.554	582.400	0	0	0	0	EPS008	3.639.554	455.000	14-11	3.639.554	3	88.700	CCF24	3.639.554	21.900	0	0	0	0	0

PAGADA

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