

6	Tener en cuenta las observaciones y lineamientos del supervisor del contrato.	Llevar registro de las actividades, procedimientos e intervenciones, mantener 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 Dinamix Gerencial.
---	---	---	--

7	Garantizar la calidad de los servicios ofrecidos (idoneidad humana, moral y técnica)	Respetó 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, epícrisis 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	Diligencé 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 auditoría 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 estos 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 protección 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 protección 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:
SIN NOVEDAD

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 J.

Firma del Contratista

C.C.

de

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATO

NOMBRE: LUZ GUISELLE LINARES JIMENEZ

CARGO: DIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05

FIRMA

Luz Guiselle Jimenez

C. E. Molina J.

CUENTA DE COBRO No. 6

FECHA: 30/06/2024

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

NUEVE MILLONES QUINIENTOS VEINTIDOS MIL NOVENTA PESOS

(\$9.522.090)

Por concepto de **270 HORAS** Honorarios por Prestación de Servicios en cumplimiento del Contrato No. **PS 2878 2024**, con afiliación a **ARL RIESGO 3** correspondiente del **01 AL 30 DE JUNIO 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

DATOS DEL APORTANTE									
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD			
CC	53116914	ANA ELIZABETH MOLINA SOSA	DAC 36 SUR 18-38	3142961220	lm031@gmail.com				
FORMA PRESTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CUIDAD / MUNICIPIO				
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.	SI			

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (FMM/DD/AAAA)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DOMINICAL)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD					TOTAL A PAGAR	
2024-05	2024-05	I	30/05/2024	77290920	\$801.000	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD									
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor	
EPS008	Compensar EPS	86006942-7	317.500	0	0	0	0	0	0
									No. Afiliados
									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
25-14	Colpensiones	90039094-7	408.300	0	0	0	0	0	0
									Total a Pagar
									408.300
									No. Afiliados
									1

TOTALES RIESGOS LABORALES									
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización
				No. Autorización	Valor				
14-11	ARL SURA	880903790-5	61.900	0	0	61.900	0	0	0
									Subtotal
									61.900
									No. Radicado
									Saldo a Favor
									Favor
									619
									Fondo
									Saldo a Favor
									61.900
									No. Afiliados
									1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCR24	Compensar Caja	86006942-7	15.300	0	0	15.300	1

TOTALES PARAFISCALES			
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar
SENA			
0	0	0	0
ICBF			
0	0	0	0
ESAP			
MEN			

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, RFP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	317,500	317,500
Pensión	1	408,300	408,300
Riesgos Laborales	1	61,900	61,900
CCF	1	15,300	15,300
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	801,000	801,000

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	53116914	ANA ELIZABETH MOLINA SOSA		DAG 36 SUR 18-38	3142961220	luz031@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	1 - Independiente			BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISICALES Y SALUD
						SI

DATOS DE LA PLUJILLA						
PLUJILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLUJILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLUJILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-05	2024-05	1	30/05/2024	77290930		\$801,000

[illegible]