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 7190 2020 **C.D.P. No.:** 3941 **Proceso al que pertenece:** GESTION DE LA SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA **Unidad a la que pertenece:** PRIMERA DE MAYO

Nombre del Contratista: ASTRID VIVIANA PRADA BELTRAN **C.C.** 1.023.875.455 **de:** Bogota

Fecha Inicio: 2020-12-03 **Fecha Terminación incial:** 2021-01-15 **Valor Mensual:** $ 1.674.372 **Valor a cobrar:** $ 1.817.640

ADICION/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 1.850.812	4222	2021-01-15	2021-01-31
2	$ 1.674.372	323	2021-02-28	2021-02-28
3	$ 1.674.372	630	2021-02-28	2021-03-31
4	$ 1.674.372	789	2021-03-31	2021-04-30
5	$ 2.655.590	1213	2021-04-30	2021-06-15
6				
7				
8				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD	NÚMERO DE PLANILLA
1	DICIEMBRE	$ 1.818.404		
2	ENERO	$ 1.980.440	$ 281.200	47809410
3	FEBRERO	$ 1.980.440	$ 281.200	48492932
4	MARZO	$ 1.872.416	$ 281.200	49222287
5	ABRIL	$ 1.674.372	$ 281.200	49708335
6	MAYO	$ 1.817.640	$ 281.200	50555403
7				
8				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 2.455.745	$ 11.985.263	$ 11.143.712	$ 841.551

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS DE ACUERDO A SU PERFIL ACADEMICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES (DE SU PROFESIÒN), CON DISPONIBILIDAD EN CUMPLIMIENTO DE LA MISIÒN Y LA VISIÒN DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. CONVENIO 019 DE 2020

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2021-05-01 **Hasta:** 2021-05-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCION DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Prestar sus servicios como auxiliar de enfermería, en lo relacionado con actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, en actualización de bases de datos, asignación de citas, demanda inducida, seguimiento, vacunación, esterilización, desinfección de consultorios y demás procedimientos, actividades y reportes que se derivan de la atención, de acuerdo a demanda de servicios y según disponibilidad de tiempo, enmarcado dentro de los parámetros de calidad definidos en la normatividad vigente del sistema obligatorio de garantía de calidad en salud y acogiendo las guías y protocolos definidos por la subred.	Realizo diariamente la búsqueda de eventos de interés en salud publica, población especial y demás población objeto de gestión y seguimiento atentidos por los servicio individuales o colectivos de la Subred Integrada de Servicio de Salud Centro Oriente o reportados por entidades externas. Mantuvo constante comunicación con las Unidades de Servicios de Salud para la gestión de los casos objeto de seguimiento en las diferentes cohortes de riesgo. Gestionar citas pendientes con las unidades.	ALERTAS CRITICAS, NOTIFICACION SIVIGILA, BASE M.P, CORREOS COHORTE GESTANTES
2	Apoyar los procesos relacionados con SIVIGILA, IAAS, BAI, EEVV y seguimiento a cohortes.	Reviso diariamente las historias clinicas de los pacientes que presenten eventos de interés en salud publica que ingresan a las diferentes cohortes de riesgo. Realizo las diferentes actividades de seguimiento a los pacientes identificados con eventos de interés en salud pública, población especial y demás población objeto de acuerdo al instructivo de seguimiento establecido. Cumplio con las directrices establecidas para la gestión y seguimiento de los casos sospechosos, probables y demás novedadas evidenciadas en el trabajo con Cohortes de riesgo. Llevo registro en base establecida de las acciones de seguimiento realizadas a eventos de interés en salud pública, población especial y demás población objeto de gestión y seguimiento en las cohortes de riesgo.	NOTIFICACION SIVIGILA REPORTE DE CASOS DE EVENTO EVENTO DE INTERES POR CORREOS ELECTRONICO COHORTE GESTANTES
3	Realizar actividades de educación a usuarios y familiares conforme a lo requerido en la subred.	Observo y registrar el cumplimiento de los protocolos y/o guias de manejo establecidos para los eventos reportados por sivigila y que hacen parte de la cohorte Materno Perinatal.	SIGUIENDO LOS PROTOCOLOS, INSTRUCTIVOS, GPC,RESOLUCION 3280 INFORMANDO A LA USUARIA CORREOS
4	Cumplir con las normas de bioseguridad, limpieza y desinfección conforme a los protocolos y guías institucionales	NO APLICA	NO APLICA
5	Apoyar actividades relacionadas con el proceso de acreditación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro oriente E.S.E.	Conozco la mision,vision,objetivos,estrategias, protocolos y directrices institucionales, por la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro oriente E.S.E y los pongo en practica.	FORMATO DE SEGUIMIENTO, REPORTE DE SEGUIMIENTO DE USUARIAS
6	Realizar de manera oportuna y eficaz las funciones especificas mencionadas con el objetivo de garantizar la adecuada atención de pacientes de una manera eficiente y altamente humanizada, apoyando y gestionando de manera constante en el Fortalecimiento de las Subredes en el Modelo de Atencion. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato	Se comunica el riesgo de la poblacion M.P a , EPS y actores Maternos Perinatales de la Subredes Integradas de Servicios de Salud de acuerdo al riesgo evidenciado.Gestion y seguimiento de las pacientes pertenecientes a la Cohorte M.P	GESTION REALIZADA, EVIDENCIA DE LOS REPORTES EN CORREO ELECTRONICO, FORMATO SEGUIMIENTO
7	Ejecutar todas aquellas actividades que le sean asignadas en el marco del convenio 019 /2020 Ruta de Promociòn y Mantenimiento de la Salud. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato	NO APLICA	NO APLICA

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

Astrid Prada.
Firma del Contratista

C.C. 1.023.875.455 **de** Bogota

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	LORENZA BECERRA CAMARGO
CARGO:	DIRECTORA GESTION INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD
FIRMA	

CUENTA DE COBRO No. 6 mayo de 2021

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

DEBE A:

Nombre: Astrid Viviana Prada Beltran

C.C. No. 1.023.875.455

La suma de: $ 1817640

Total, Horas: 198

Por concepto de:

- Honorarios por Prestación de Servicios en cumplimiento del Contrato No. **PS 7190 2020**, correspondiente del 1 al 31 de mayo 2021.

Objeto: prestar servicios de acuerdo a su perfil académico para desarrollar actividades (de su profesión), con disponibilidad en cumplimiento de la misión y la visión de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. convenio 019 de 2020

Cordialmente,

Astrid Prada B

C.C. No. **1.023.875.455**
Teléfono: 3124986522

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	1023875455	ASTRID VIVIANA PRADA BELTRAN	transversal 15 este # 14 a - 49 sur	6967218	astrid._prada@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

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	
2021-05	2021-05	I	11/05/2021	50555403	$281.200	

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	113.600	0		0		0	0	0	0	113.600	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
231001	Colfondos	800227940-6	145.400	0	0	0	0	0	0		145.400	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										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	22.200				22.200	0	0	22.200			222	22.200	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

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	113.600	113.600
Pensión	1	145.400	145.400
Riesgos Laborales	1	22.200	22.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	281.200	281.200

PAGADA

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	1023875455	ASTRID VIVIANA PRADA BELTRAN	transversal 15 este # 14 a - 49 sur	6967218	astrid._prada@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

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	
2021-05	2021-05	I	11/05/2021	50555403	$281.200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	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	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1023875455	PRADA BELTRAN ASTRID VIVIANA	57	0			N																	231001	908.526	145.400	0	0	0	0	EPS008	908.526	113.600	14-7	908.526	3	22.200		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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