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 4133 2021 | C.D.P. No.: | 449 | Proceso al que pertenece: | PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO |
| | | | | Unidad a la que pertenece: | USS CANDELARIA |

Nombre del Contratista: MARTHA VANESSA ARGEL PEREZ | C.C. 50.641.643 | de: TIERRALTA CORDOBA

Fecha Inicio: 2021-03-04 | Fecha Terminación inicial: 2020-03-31 | Valor Mensual: $ 1.600.000 | Valor a cobrar: $ 1.600.000

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | $ 1.600.000 | 775 | 2021-04-01 | 2021-04-30 |
| 2 | $ 2.400.000 | 1203 | 2021-05-01 | 2021-06-15 |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |

| Nº CTA | MES DE CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR | VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL | NÚMERO DE PLANILLA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | MARZO-21 | $ 1.440.000 | $ 281.200 | 48862844 |
| 2 | ABRIL-21 | $ 1.600.000 | $ 281.200 | 49574898 |
| 3 | MAYO-21 | $ 1.600.000 | $ 281.200 | 50235418 |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |

| Resumen de contrato | VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|---|
| | $ 1.440.000 | $ 5.440.000 | $ 4.640.000 | $ 800.000 |

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

**OBJETO DEL CONTRATO**

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

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

| | OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta) | DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO | |
|---|---|---|---|
| | | ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUTO O EVIDENCIA |
| 1 | Organización de usuarios en salas de espera teniendo en cuenta la normatividad vigente y la priorización de poblaciones. | Se direcciona al usuario según la población si es usuario general o preferencial mediante el digiturno | DRIVE Registro - Tiempos de Atención al Usuario |
| 2 | Orientación a usuarios en procedimientos de aseguramiento y vinculación al SGSSS. | Se orienta al usuario como se debe afiliar a una EPS-S cuando vienen con los niveles 1y2 y a EPS-C cuando tienen un puntaje mayor o sin encuesta sisbén, igual se direcciona a trabajo social cuando son usuarios vulnerables. | Producto que se le entrega a la referente encargada quien unifica la informacion y la sube a un DRIVE de la oficina. |
| 3 | Orientación a los usuarios en procedimientos de interposición de PQRS. | Se orienta al usuario si desea interponer un queja que debe ser respetuosa y con todos los datos legibles. | Producto que se le entrega a la referente encargada quien unifica la informacion y la sube a un DRIVE de la oficina. |
| 4 | Verificación de usuarios en bases de datos (Comprobador de Derechos, Cápita del Hospital en el sistema destinado para el registro de usuarios Fosyga, DNP). | Se orienta al usuario como se debe afiliar a una EPS-S cuando vienen con los niveles 1y2 y a EPS-C cuando tienen un puntaje mayor o sin encuesta sisbén, igual se direcciona a trabajo social cuando son usuarios vulnerable, del mes. | Producto que se le entrega a la referente encargada quien unifica la informacion y la sube a un DRIVE de la oficina. |
| 5 | Realización de encuestas y aplicación de formatos a los usuarios externos de acuerdo con las metas establecidas por la referencia de atención al usuario | Se realiza encuesta de satisfacción en las áreas de Consulta externa | Producto que se le entrega a la referente encargada quien unifica la informacion y la sube a un DRIVE de la oficina. |
| 6 | Realizar charlas en salas de espera diariamente de acuerdo al cronograma establecido por la Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano, realizando el registro en los formatos establecidos. | Se realiza charlas deberes y derechos en el area de consulta externa | Producto que se le entrega a la referente encargada quien unifica la informacion y la sube a un DRIVE de la oficina. |
| 7 | Realizar el ingreso en el aplicativo SIDMA de orientaciones grupales y de barreras de acceso identificadas durante la gestión diaria, con el fin de evaluar las dificultades de accesibilidad que pueden presentar los | Se registra en el SIDMA de orientaciones grupales, individuales y barreras de acceso. | Sistema de Información Distrital y De Monitoreo del Acceso – SIDMA, se registra orientaciones y barreras. |
| 8 | Dar a conocer la figura del defensor del ciudadano a la comunidad en general y en las salas de espera mediante el registro en los formatos establecidos | Se realiza charla acerca de del defensor del ciudadano a los usuarios en consulta externa. | Producto que se le entrega a la referente encargada quien unifica la informacion y la sube a un DRIVE de la oficina. |
| 9 | Participar en las acciones que promuevan la defensa de lo público para promover la participación de los usuarios en los temas propios del sector salud | Se realiza esta actividad cuando somos convocados. | Producto que se le entrega a la referente encargada quien unifica la informacion y la sube a un DRIVE de la oficina. |
| 10 | Entregar semanalmente los soportes de la gestión realizada de acuerdo a los lineamientos establecidos por la referencia de atención al usuario. | Se entrega reporte de cuantos usuarios se atendieron en el digiturno, se aplicaron encuestas de satisfaccion digitacion de encuestas, charlas realizadas deberes y derechos, triage. | DRIVE Registro - Tiempos de Atención al Usuario |
| 11 | Asistir técnicamente, asesorar y capacitar a los usuarios en las acciones colectivas e individuales para la exigibilidad del derecho a la salud. | Se realiza en las charlas deberes y derechos. | Producto que se le entrega a la referente encargada quien unifica la informacion y la sube a un DRIVE de la oficina. |
| 12 | Orientar a los usuarios que asisten a las diferentes USS de la Subred en el modelo de atencion integral en salud | Orientar a los usuarios en el modelo de atencion de la red integrada de salud. | Formato de encuestas. |
| 13 | Las demás funciones que sean asignadas en la realización del objeto contractual contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato | Se realizo las actividades asignadas a capalidad. | Producto que se le entrega a la referente encargada quien unifica la informacion y la sube a un DRIVE de la oficina. |

Observaciones:

Firma del Contratista

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

C.C. 50.641.643 de TIERRALTA CORDOBA

**VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS**

| | |
|---|---|
| NOMBRE: | MARCELA CASTELLANOS CABRERA |
| CARGO: | JEFE DE OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO |
| FIRMA | |

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 | 50641643 | MARTHA VANESSA ARGEL PEREZ | CRA 29 28 49 SUR | 2091480 | argelvanessa2103@gmail.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: 1 / UPC: 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR |
| 2021-04 | 2021-04 | I | 14/05/2021 | 50235418 | $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 | | | | | |
| EPS005 | Sanitas EPS | 800251440-6 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230301 | Porvenir | 800224808-8 | 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 |

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 | 50641643 | MARTHA VANESSA ARGEL PEREZ | CRA 29 28 49 SUR | 2091480 | argelvanessa2103@gmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ. D.C. | | NO |

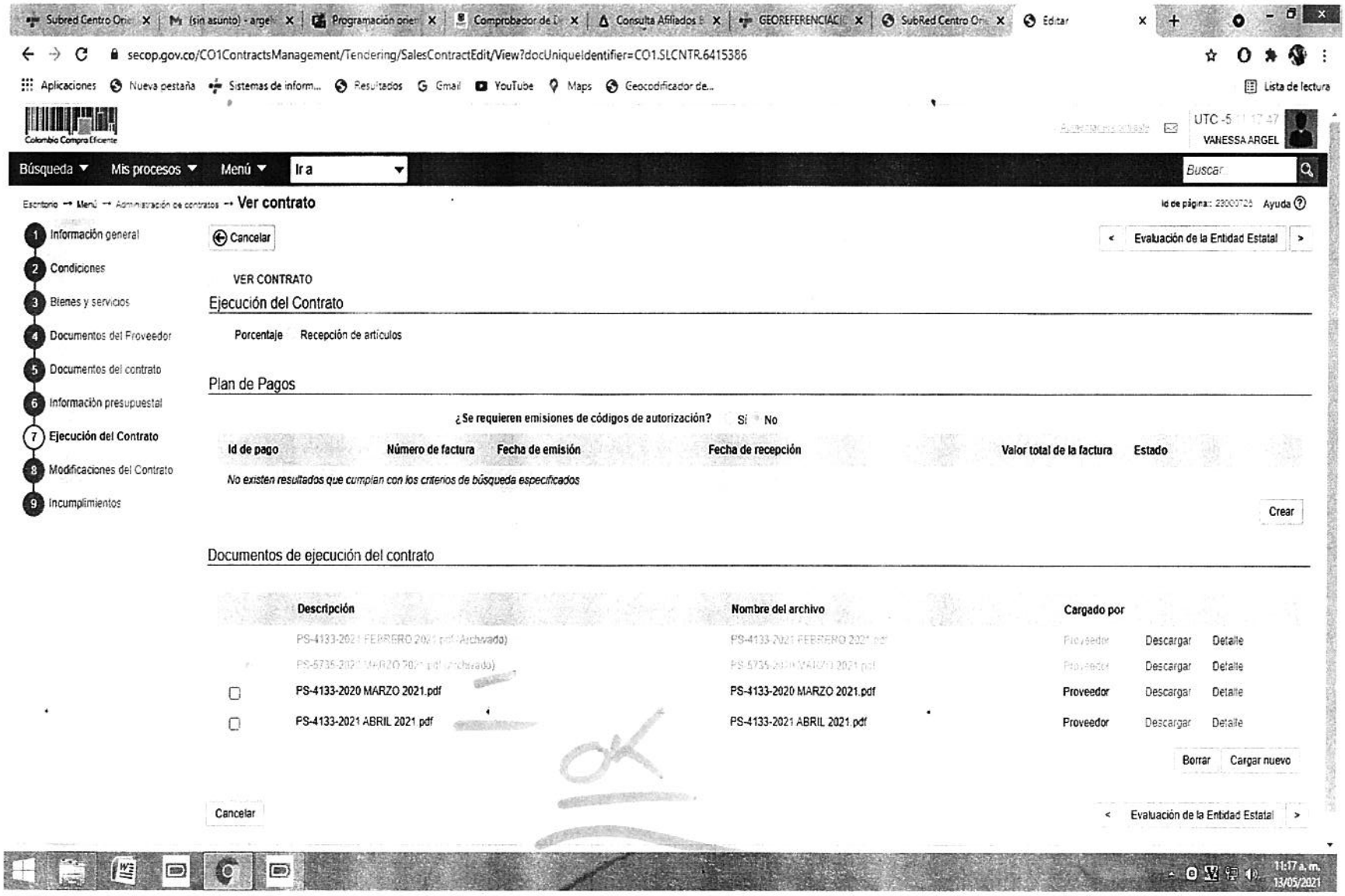
| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD |
| | | | | | EMPLEADOS: 1 / UPC: 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR |
| 2021-04 | 2021-04 | I | 14/05/2021 | 50235418 | $281.200 |

## ETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colom. exterior | Estudiante | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCION | Cód. AFP | IBC AFP | Cotización | Voluntario o 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 |
| CC | 50641643 | ARGEL PEREZ MARTHA VANESSA | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 908.526 | 145.400 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS005 | 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


secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/SalesContractEdit/View?docUniqueIdentifier=CO1.SLCNTR.6415386
Colombia Compra Eficiente
VANESSA ARGEL
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar
Escritorio → Menú → Administración de contratos → Ver contrato
Id de página: 23000726
Ayuda
1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos
Cancelar
Evaluación de la Entidad Estatal
VER CONTRATO
Ejecución del Contrato
Porcentaje
Recepción de artículos
Plan de Pagos
¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Si No
Id de pago
Número de factura
Fecha de emisión
Fecha de recepción
Valor total de la factura
Estado
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados
Crear
Documentos de ejecución del contrato
Descripción
Nombre del archivo
Cargado por
PS-4133-2020 MARZO 2021.pdf
PS-4133-2020 MARZO 2021.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
PS-4133-2021 ABRIL 2021.pdf
PS-4133-2021 ABRIL 2021.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
Borrar
Cargar nuevo
Cancelar
Evaluación de la Entidad Estatal
11:17 a. m.
13/05/2021

Cuenta de Cobro 005 -2021

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD
CENTRO ORIENTE E.S.E.
NIT. 900959051–7

DEBE A:
**MARTHA VANESSA ARGEL PEREZ**
**C.C. 50641643**

LA SUMA DE:

**UN MILLÓN SEISCIENTOS MIL PESOS**
**($1.600.000.o)**

Por concepto de:

Prestación de servicios como **ORIENTADORA-AUXILIAR DE ATENCION AL USUARIO**, en cumplimiento del contrato PS **4133 2021** correspondiente del 01 al 31 de Mayo de 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**

Cordialmente,

Nombre Completo: MARTHA VANESSA ARGEL PEREZ
Teléfono: 3017803310
Dirección: CR 29 28 49
No. Cuenta bancaria Banco DAVIVIENDA. Ahorros No. 008480343741