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 2245 2021 **C.D.P. No.:** 301 **Proceso al que pertenece:** DIRECCION DE COMPLEMENTARIOS
**Unidad a la que pertenece:** UMHES SANTA CLARA

**Nombre del Contratista:** LEIDY MARCELA FLOREZ LARA **C.C.** 1.033.749.746 **de:** BOGOTA

**Fecha Inicio:** FEBRERO 12 DE 2021 **Fecha Terminación inicial:** MARZO 31 DE 2021 **Valor Mensual:** $ 1.755.390 **Valor a cobrar:** $ 1.755.390

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | $ 1.707.480 | 822 | 15/03/2021 | 30/04/2021 |
| 2 | $ 3.189.880 | 1219 | 15/04/2021 | 15/06/2021 |
| 3 | $ 5.351.940 | 1847 | 16/06/2021 | 15/08/2021 |
| 0 | | | | |
| 0 | | | | |
| 0 | | | | |
| 0 | | | | |
| 0 | | | | |

| Nº CTA | MES DE CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR | VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL | NÚMERO DE PLANILLA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | FEBRERO | $ 1.708.938 | $ 281.200 | 1035794376 |
| 2 | MARZO | $ 1.735.020 | $ 281.200 | 1035997340 |
| 3 | ABRIL | $ 1.735.020 | $ 281.200 | 1036668747 |
| 4 | MAYO | $ 1.735.020 | $ 281.200 | 8836876040 |
| 5 | MAYO | $ 810.180 | $ 281.200 | 8836876040 |
| 6 | JUNIO | $ 1.755.390 | $ 281.200 | 1037803557 |
| 0 | | | | |
| 0 | | | | |
| 0 | | | | |
| 0 | | | | |
| 0 | | | | |
| 0 | | | | |

**Resumen de contrato**

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 3.525.120 | $13.774.420 | $ 9.479.568 | $ 4.294.852 |

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

**OBJETO DEL CONTRATO**

PRESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO DE MANERA PERSONAL Y AUTONOMA, EN SU CONDICIÓN DE TÉCNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERÍA, PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIAL EN LOS PROCESOS DE GESTIÓN HOSPITALARIA, URGENCIAS Y QUIRURGICOS, CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD E.S.E.

**Relación de actividades para el periodo:** **Desde:** 2021-06-01 **Hasta:** 2021-06-30

| | 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 acciones educativas sobre aspectos básicos de salud con énfasis en la promoción y cuidado de la enfermedad. | Realizar acciones educativas sobre aspectos básicos de salud con énfasis en la promoción y cuidado de la enfermedad. | 0 |
| 2 | Apoyar en la actualización de los procedimientos, programas, formatos, guías, protocolos y demás documentos que demande el proceso de gestión documental Ruta Alteraciones Nutricionales para el grupo de Riesgo Anemia, Desnutrición y obesidad en el marco de Convenio 029 -2020. | Apoyar en la actualización de los procedimientos, programas, formatos, guías, protocolos y demás documentos que demande el proceso de gestión documental Ruta Alteraciones Nutricionales para el grupo de Riesgo Anemia, Desnutrición y obesidad en el marco de Convenio 029 -2020. | 0 |
| 3 | informar y dar a conocer a los miembros de la comunidad sobre los planes, programas, proyectos y el modelo de atención en atención en salud de acuerdo con los procesos, procedimientos y mecanismos establecidos para el acceso a los servicios de manera integral. Ruta Alteraciones Nutricionales para el grupo de Riesgo Anemia, Desnutrición y obesidad en el marco de Convenio 029 -2020. | informar y dar a conocer a los miembros de la comunidad sobre los planes, programas, proyectos y el modelo de atención en atención en salud de acuerdo con los procesos, procedimientos y mecanismos establecidos para el acceso a los servicios de manera integral. Ruta Alteraciones Nutricionales para el grupo de Riesgo Anemia, Desnutrición y obesidad en el marco de Convenio 029 -2020. | 0 |
| 4 | Compilar las bases de datos de la Ruta Alteraciones Nutricionales para el grupo de Riesgo Anemia, Desnutrición y obesidad en el marco de Convenio 029 -2020. | Compilar las bases de datos de la Ruta Alteraciones Nutricionales para el grupo de Riesgo Anemia, Desnutrición y obesidad en el marco de Convenio 029 -2020. | 0 |
| 5 | Realizar seguimiento a canalizaciones de personas identificadas con alteraciones nutricionales y detectar las necesidades de salud de las comunidades de conformidad con los procedimientos establecidos. Ruta Alteraciones Nutricionales para el grupo de Riesgo Anemia, Desnutrición y obesidad en el marco de Convenio 029 -2020. | Realizar seguimiento a canalizaciones de personas identificadas con alteraciones nutricionales y detectar las necesidades de salud de las comunidades de conformidad con los procedimientos establecidos. Ruta Alteraciones Nutricionales para el grupo de Riesgo Anemia, Desnutrición y obesidad en el marco de Convenio 029 -2020. | 0 |
| 6 | Diligenciar información en las bases de datos de la Ruta Alteraciones Nutricionales para el grupo de Riesgo Anemia, Desnutrición y obesidad en el marco de Convenio 029 -2020. | Diligenciar información en las bases de datos de la Ruta Alteraciones Nutricionales para el grupo de Riesgo Anemia, Desnutrición y obesidad en el marco de Convenio 029 -2020. | 0 |
| 7 | 0 | 0 | 0 |
| 8 | 0 | 0 | 0 |
| 9 | 0 | 0 | 0 |
| 10 | 0 | 0 | 0 |
| 11 | 0 | 0 | 0 |
| 12 | 0 | 0 | 0 |
| 13 | 0 | 0 | 0 |
| 14 | 0 | 0 | 0 |
| 15 | 0 | 0 | 0 |
| 16 | 0 | 0 | 0 |
| 17 | 0 | 0 | 0 |
| 18 | 0 | 0 | 0 |
| 19 | 0 | 0 | 0 |
| 20 | 0 | 0 | 0 |
| 21 | 0 | 0 | 0 |
| 22 | 0 | 0 | 0 |
| 23 | 0 | 0 | 0 |
| 24 | 0 | 0 | 0 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 25 | 0 | 0 | 0 |
| 26 | 0 | 0 | 0 |
| 27 | 0 | 0 | 0 |
| 28 | 0 | 0 | 0 |

**OBSERVACIONES:**

**HORAS 195**

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

**Firma del Contratista**

**C.C.** 1.033.749.746 **de** BOGOTA

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS | |
|---|---|
| **NOMBRE:** | **MARTHA LUCIA OQUENDO OSPINA** |
| **CARGO:** | **PROFESIONAL UNIVERSITARIO AREA DE LA SALUD** |
| **FIRMA** | P/P |

Cuenta de cobro 004 JUNIO 2021

# SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

**Nit. 900.959.051-7**

**DEBE A:** Leidy Marcela Florez Lara.

**C.C. No.:** 1.033 749 746.

**LA SUMA DE:** Un millon Setecientos Cincuenta y Cinco tres noventa. 1,755.390.

Por concepto de:

- Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No. **PS 2245** de 2021, correspondiente al mes de **JUNIO** 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,

**C.C. No.** 1.033 749 746.
**Teléfono:** 3132028977
**Dirección:** Cra 17 N Bis 79-25 Sur.
**Cuenta de Ahorros No.** 004800048116 **Banco de:** Davivienda.

**Fecha: JUNIO 2021**

Simple

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2021-06-01, 04:42:45 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1037803557

**Periodo Cotización:** mayo de 2021 **Periodo Servicio:** mayo de 2021 **Referencia pago (PIN):** 8836876040

**PAGADO 01/06/2021**

## I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | LEIDY MARCELA FLOREZ LARA | | |
| **Documento** | CC1033749746 | **Dirección** | CARRERA 17 C # 80 -42 SUR |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3132028977 |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO |
| **Ciudad** | BOGOTA D.C. | **Departamento** | BOGOTA D.C. |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | |
| **Total Afiliados** | 1 | **ARP** | SEGUROS BOLIVAR |

## II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | RET P | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días APP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |
| CC 1033749746 | LEIDY MARCELA FLOREZ LARA | 59 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 0 | (230301) PORVENIR | $ 908.526 | $ 145.400 | (EPS017) FAMISANAR EPS | $ 908.526 | $ 113.600 | 2.436 | $ 908.526 | $ 22.200 | (NIN-CC) NINGUNA CCF | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 281.200 |

## III.TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 908.526 | $ 908.526 | $ 908.526 | $ 0 | $ 145.400 | $ 113.600 | $ 22.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 281.200 | $ 0 | $ 281.200 |

CT 2245

M. 195 ($ 1.755.300)

(9002) Comun-C



Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!