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 3546 2021 | C.D.P. No.: | 305 | Proceso al que pertenece: | URGENCIAS / ASISTENCIAL / AUXILIAR ENFERMERIA REFERENCIA |
| | | | | Unidad a la que pertenece: | TRASLADOS SECUNDARIOS |
| Nombre del Contratista: | DANIEL ORLANDO OLAYA PEREZ | | | C.C. 1.030.598.690 | de: BOGOTA D.C |
| Fecha Inicio: | 2021-02-07 | Fecha Terminación incial: | 2021-03-31 | Valor Mensual: $ 2.478.600 | Valor a cobrar: $ 2.478.600 |

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | $ 1.872.720 | 774 | 1/04/2021 | 30/04/2021 |
| 2 | $ 3.332.340 | 1204 | 1/05/2021 | 15/06/2021 |
| 3 | $ 4.957.200 | 1738 | 16/06/2021 | 15/08/2021 |
| 4 | $ 2.478.600 | 2311 | 16/08/2021 | 15/09/2021 |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |

| Nº CTA | MES DE CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR | VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL | NÚMERO DE PLANILLA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | FEBRERO | $ 1.872.720 | $ 281.200 | 37132182 |
| 2 | MARZO | $ 2.093.040 | $ 281.200 | 923983615 |
| 3 | ABRIL | $ 2.423.520 | $ 281.200 | 49876348 |
| 4 | MAYO | $ 2.478.600 | $ 300.100 | 50438620 |
| 5 | JUNIO | $ 2.478.600 | $ 306.900 | 51005594 |
| 6 | JULIO | $ 2.478.600 | $ 306.900 | 51860353 |
| 7 | AGOSTO | $ 2.478.600 | $ 326.800 | 52528133 |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |

| Resumen de contrato | VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|---|
| | $ 4.957.200 | $ 17.598.060 | $ 16.303.680 | $ 1.294.380 |

## 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:** 2021-08-01 **Hasta:** 2021-08-31

| | OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta) | DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 1 | Cumplir y hacer cumplir las guías, procedimientos y demás documentos que apoyan el proceso de referencia y contra referencia en la subred integrada de servicios de salud centro oriente (SISSCO) E.S.E. | Cumplí e hice cumplir las guías, procedimientos y demás documentos que apoyan el proceso de referencia y contra referencia en la subred integrada de servicios de salud centro oriente (SISSCO) E.S.E. | Historia clínica registrada en el aplicativo SIRC HOME |
| 2 | Recibir en la plataforma del software SIRC las solicitudes de las diferentes unidades de salud ( UMHES-CAPS-USS) de la subred centro oriente | Recibí en la plataforma del software SIRC las solicitudes de las diferentes unidades de salud ( UMHES-CAPS-USS) de la subred centro oriente | Historia clínica registrada en el aplicativo SIRC HOME |
| 3 | Entrega de turno con registros como estrategia para fortalecer la transicion segura de las ordenes de servicios radicadas e informadas o sus pendientes ( libro radicador ) aplicativo SIRC | Entregué el turno con registros como estrategia para fortalecer la transición segura de las ordenes de servicios radicadas e informadas o sus pendientes ( libro radicador ) aplicativo SIRC | Bitacora de entrega del puesto de referencia |
| 4 | Facilitar el traslado de pacientes urgentes entre unidades hospitalarias e instituciones distritales o nacionales que componen la red prestadora de servicios de salud | Facilité el traslado de pacientes urgentes entre unidades hospitalarias e instituciones distritales o nacionales que componen la red prestadora de servicios de salud | Historia clínica registrada en el aplicativo SIRC HOME |
| 5 | Articular las UMHES, CAPAS, USS, y otras IPS externas de manera eficaz, eficiente, oportuna y coordinada en las solicitudes de atención de urgencias, traslados, referencias e interconsultas o poyo diagnostico | Articulé las UMHES, CAPS ,USS, y otras IPS externas de manera eficaz, eficiente, oportuna y coordinada en las solicitudes de atención de urgencias, traslados, referencias e interconsultas o Apoyo diagnostico | Historia clínica registrada en el aplicativo SIRC HOME |
| 6 | Solicitar los documentos necesarios para los traslado. | Solicité los documentos necesarios para los traslados. | Historia clínica registrada en el aplicativo SIRC HOME |
| 7 | Facilitar la articulación con los diferentes actores de la sub red integrada de servicios de salud centro oriente E.S.E. de acuerdo a los niveles de atención y grados de complejidad, buscando racionalizar los recursos para hacer más eficientes los servicios. | Facilité la articulación con los diferentes actores de la sub red integrada de servicios de salud centro oriente E.S.E. de acuerdo a los niveles de atención y grados de complejidad, buscando racionalizar los recursos para hacer más eficientes los servicios. | Historia clínica registrada en el aplicativo SIRC HOME |
| 8 | Direccionar la ambulancia con la tipologia requerida (TAB-TAM) por via telefónica o por frecuencia de radio, comunicando sobre el servicio requerido, unidad de origen hora lugar de la cita | Direccioné la ambulancia con la tipologia requerida ( TAB-TAM) por via telefónica o por frecuencia de radio, comunicando sobre el servicio requerido, unidad de origen hora lugar de la cita. | Bitacora de traslados de las moviles de urgencias. |
| 9 | Priorizar los despachos de urgencias vitales, pacientes neurológicos, maternas a las unidades de alta complejidad. Como criterio especial de traslado no requiere aceptación en la unidad destino. | Prioricé los despachos de urgencias vitales, pacientes neurológicos, maternas a las unidades de alta complejidad los cuales como criterio especial de traslado no requieren aceptación en la unidad destino. | Bitacora de traslados de las moviles de urgencias. |
| 10 | Identificar los niveles de atencion alto, medio, y baja complejidad y los servicios que presta (ambulatorios, hospitalarios, urgencias, complementarios). | Identifiqué los niveles de atencion alto, medio, y baja complejidad y los servicios que presta (ambulatorios, hospitalarios, urgencias, complementarios). | Historia clínica registrada en el aplicativo SIRC HOME |
| 11 | Conocer y cumplir la política de seguridad del paciente, reportar evento adverso e incidentes datos que servirán para formula acciones de mejoramiento o planes de mejoramiento. | Conocí y cumplí la política de seguridad del paciente, reporte eventos adversos e incidentes y datos que servirán para formula acciones de mejoramiento o planes de mejoramiento. | Historia clínica registrada en el aplicativo SIRC HOME |
| 12 | Revisar el correo institucional las veces que sea necesario con el objetivo de encontrar información autorizaciones, provenientes de las diferentes unadades que conforman la SISSCO | Revisé el correo institucional las veces que fue necesario con el objetivo de encontrar información de autorizaciones, provenientes de las diferentes unidades que conforman la SISSCO | Correo asignado sin correspondencia pendiente por responder. |
| 13 | Informar disponibilidad de ambulancias en el aplicativo SIDCRUE. | Informé la disponibilidad de ambulancias en el aplicativo SIDCRUE. | Bitacora de traslados de las moviles de urgencias. |
| 14 | Utilizar el teléfono institucional para tramites dentro de la SISSCO, propender por el adecuado uso y tener cargado el equipo todo el tiempo | Utilicé el teléfono institucional para trámites dentro de la SISSCO, propendí por el adecuado uso y tuve cargado el equipo todo el tiempo | Comunicación continua con las UMHES, CAPS, USS, y otras IPS externas de manera eficaz y oportuna |

**Observaciones:**

**SIN NOVEDAD**

Se anexa certificación de pago a Salud, pension y ARL
En caso de tener contrato nuevo se debe anexar tambien la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro

**Firma del Contratista**

C.C. 1.030.598.690 de BOGOTA D.C

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS | |
|---|---|
| NOMBRE: | Maria Angelina Quiñones Sandoval |
| CARGO: | Directora de Urgencias |
| FIRMA | |

CUENTA DE COBRO No. 7 MES DE AGOSTO de 2021

FECHA 31/08/2021

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

DEBE A:

DANIEL ORLANDO OLAYA PEREZ
C.C. 1030598690
LA SUMA DE

DOS MILLONES CUATROCIENTOS SETENTA Y OCHO MIL SEISCIENTOS PESOS
( $2.478.600)

Por concepto de 270 HORAS

Honorarios por Prestación de Servicios en cumplimiento del Contrato No. PS 3546 2021, con afiliación a ARL RIESGO 3 correspondiente al mes de AGOSTO DE 2021.

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS DE ACUERDO A SU PERFIL ACADEMICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES COMO AUXILIAR ENFERMERIA REFERENCIA, CON DISPONIBILIDAD EN CUMPLIMIENTO DE LA MISION Y LA VISION DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
Cordialmente,

DANIEL ORLANDO OLAYA PEREZ
C.C. No. 1030598690
Teléfono: 3143985760 DIRECCION KR 95 B # 58-57 SUR
N° CUENTA: 452900105050 CUENTA DE AHORROS DAVIVIENDA

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 | 1030598690 | DANIEL ORLANDO OLAYA PEREZ | | CRA 95 B # 57 58 SUR | 6049904 | DANIELOLAYA131@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 | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2021-07 | 2021-07 | I | | 52528133 | $326.800 | |

## 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 | 124.000 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 124.000 | 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 |
| 231001 | Colfondos | 800227940-6 | 158.700 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 158.700 | 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 Bolívar S.A. | 860002503-2 | 24.200 | | | | 24.200 | 0 | 0 | 24.200 | | | 242 | 24.200 | 1 |

| TOTALES CAJAS | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| CCF22 | Colsubsidio | 860007336-1 | 19.900 | 0 | 0 | 19.900 | 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 | 124.000 | 124.000 |
| Pensión | 1 | 158.700 | 158.700 |
| Riesgos Laborales | 1 | 24.200 | 24.200 |
| CCF | 1 | 19.900 | 19.900 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 4 | 326.800 | 326.800 |

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