



Secretaría de Salud  
Subred Integrada de Servicios de Salud  
Centro Oriente E.S.E.

RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.  
APOYO - GESTIÓN DE INSUMOS Y AGASTECIMIENTO  
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CÓDIGO: AP-IA-FT-014  
VERSIÓN: 02  
FECHA: 2020-05-04

### 1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

|                         |                            |                            |                            |                         |                       |
|-------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|-------------------------|-----------------------|
| Na. CONTRATO - OPS:     | PS 6536-2021               | 1845                       | Proceso al que pertenece:  | MISIONAL - AMBULATORIOS |                       |
|                         |                            |                            | Unidad a la que pertenece: | CAPS SAMPER MENDOZA     |                       |
| Nombre del Contratista: | MARTHA VANESSA ARGEL PEREZ |                            | C.C.                       | 50.641.643              | de: TIERRALTA CORDOBA |
| Fecha Inicio:           | 2021-07-01                 | Fecha Terminación inicial: | 2021-08-31                 | Valor Mensual:          | \$ 1.760.000          |
|                         |                            |                            |                            | Valor a cobrar:         | \$ 1.760.000          |

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|------------------|---------------|-----|-----------------|----------------------|
| 1                | \$ 1.760.000  |     | 2021-08-01      | 2021-08-31           |
| 2                |               |     |                 |                      |
| 3                |               |     |                 |                      |
| 4                |               |     |                 |                      |
| 5                |               |     |                 |                      |
| 6                |               |     |                 |                      |
| 7                |               |     |                 |                      |
| 8                |               |     |                 |                      |
| 9                |               |     |                 |                      |
| 10               |               |     |                 |                      |
| 11               |               |     |                 |                      |
| 12               |               |     |                 |                      |
| 13               |               |     |                 |                      |
| 14               |               |     |                 |                      |
| 15               |               |     |                 |                      |
| 16               |               |     |                 |                      |
| 17               |               |     |                 |                      |
| 18               |               |     |                 |                      |
| 19               |               |     |                 |                      |
| 20               |               |     |                 |                      |
| 21               |               |     |                 |                      |
| 22               |               |     |                 |                      |

| Nº CTA | MES DE CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR | VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL | NÚMERO DE PLANILLA |
|--------|------------------------|---------------|-----------------------------|--------------------|
| 1      | JULIO                  | \$ 1.818.667  | \$ 281.200                  | 51565205           |
| 2      | AGOSTO                 | \$ 1.760.000  | \$ 281.200                  | 52242231           |
| 3      |                        |               |                             |                    |
| 4      |                        |               |                             |                    |
| 5      |                        |               |                             |                    |
| 6      |                        |               |                             |                    |
| 7      |                        |               |                             |                    |
| 8      |                        |               |                             |                    |
| 9      |                        |               |                             |                    |
| 10     |                        |               |                             |                    |
| 11     |                        |               |                             |                    |
| 12     |                        |               |                             |                    |
| 13     |                        |               |                             |                    |
| 14     |                        |               |                             |                    |
| 15     |                        |               |                             |                    |
| 16     |                        |               |                             |                    |
| 17     |                        |               |                             |                    |
| 18     |                        |               |                             |                    |
| 19     |                        |               |                             |                    |
| 20     |                        |               |                             |                    |
| 21     |                        |               |                             |                    |
| 22     |                        |               |                             |                    |

|                     |                            |                          |                  |                    |
|---------------------|----------------------------|--------------------------|------------------|--------------------|
| Resumen de contrato | VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|                     | \$ 2.757.333               | \$ 4.517.333             | \$ 3.578.667     | \$ 938.666         |

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

#### OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER II DE APOYO A LA GESTIÓN PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS 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<br>(Las estipuladas en la misma)                                                                                                                                                                              | DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO                                                   |                                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                        | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERÍODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN   | PRODUCTO O EVIDENCIA                                                   |
| 1. Recibir codificar y archivar diariamente las historias clínicas de los pacientes siguiendo los procesos establecidos por la normatividad vigente y notificar las inconsistencias que se presenten al supervisor contractual         | Se registra de manera diaria, historias clínicas generadas en la unidad.     | Libro de registro y archivo.                                           |
| 2. Digitar oportunamente los registros individuales de prestación de servicios de salud (RIPS) generados en las consultas cuando sea requerido                                                                                         | Se realiza seguimiento a las solicitudes del área encargada                  | Reportes diligenciados en correo institucional                         |
| 3. Unificar los informes diarios y mensuales de las diferentes áreas de la unidad                                                                                                                                                      | Se realiza informe de inasistencias y dx faltantes en HC                     | Tabla excel con los datos registrados                                  |
| 4. Apoyar la consolidación mensual de estadísticas y suministrar oportunamente la información requerida por la subred, de conformidad con la necesidad del                                                                             | Se realiza informe de producción y horas laboradas de los profesionales      | Informe enviado al área estadística de la subred                       |
| 5. Elaborar informes estadísticos correspondientes a la atención de pacientes                                                                                                                                                          | Informe diario de inasistencias y asistencias y registro de consulta diario  | Envío de correos a anulaciones y registro en base diaria de asistencia |
| 6. Aplicar los procesos y procedimientos relacionados a las actividades contractuales.                                                                                                                                                 | Los que se requieran desde la solicitud de la líder                          | Los que se requieran desde la solicitud de la líder                    |
| 7. Realizar la apertura de agendas en la entidad y gestión del módulo citas mediante sus actividades contractuales.                                                                                                                    | Se realiza revisión a primera hora del día de la oportunidad de las agendas. | Apertura según oportunidad, registro con usuario en Dinámica Gerencial |
| 8. Entregar oportunamente reporte de actividades de conformidad a la prestación de servicio                                                                                                                                            | Se entrega cuenta de cobro debidamente diligenciada                          | Formato CÓDIGO: AP-IA-FT-014<br>VERSIÓN: 02                            |
| 9. Apoyo en la gestión de vigilancia epidemiológica, notificación obligatoria y BAL                                                                                                                                                    | Se realiza apoyo y verificación al área de enfermería                        | Correos enviados mensualmente                                          |
| 10. Apoyar el proceso de agendamiento de citas                                                                                                                                                                                         | Se realiza agendamiento según la necesidad                                   | Lo reportado en el aplicativo dinámica                                 |
| 11. Apoyar en las diferentes actividades en las cuales se requiera, la conformidad con la necesidad del servicio de la subred integrada de servicios de salud centro oriente E.S.E.                                                    | Las solicitadas y asignadas por el líder de la sede                          | Las solicitadas y asignadas por el líder de la sede                    |
| 12. Apoyar actividades relacionadas con el proceso de acreditación de la subred integrada de servicios de salud centro oriente E.S.E. Contendidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente convenio | Las solicitadas y asignadas por el líder de la sede                          | Las solicitadas y asignadas por el líder de la sede                    |

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

C.C. 50.641.643 de TIERRALTA CORDOBA

*Vanessa Argel*  
Firma del Contratista

#### VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS

|         |                                  |
|---------|----------------------------------|
| NOMBRE: | ELIANA MARCELA BORDA             |
| CARGO:  | ENFERMERO LIDER DE SEDE ASIGNADA |

Cuenta de cobro ( AGOSTO ) - 2021

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

Nit. 900.959.051-7

**DEBE A:**

**MARTHA VANESSA ARGEL PEREZ**

C.C. 50.641643

**LA SUMA DE:**

**UN MILLON SETECIENTOS SESENTA MIL PESOS  
(\$ 1.760.000)**

Por concepto de:

Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No PS  
6536 de 2021 correspondiente al mes de Agosto 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,**



---

**MARTHA VANESSA ARGEL PEREZ**

C.C: 50.641.643

Teléfono: 3246731898

Dirección: Cra 29 No- 28-49 sur

Número de cuenta: 0570008480343741

Tipo de cuenta: Ahorros

Banco: DAVIVIENDA

Fecha de generación de cuenta 08-03-2013

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                            |                  |              |                            |                                     |
|---------------------|-------------------|----------------------------|------------------|--------------|----------------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE           | DIRECCION        | TELÉFONO     | CORREO                     | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC                  | 50641643          | MARTHA VANESSA ARGEL PEREZ | CRA 29 28 40 SUR | 2091480      | ingelvanessa2103@gmail.com |                                     |
| FORMA PRESENTACION  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCCURSAL           | CODIGO           | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO         | NO                                  |
| ÚNICA               | I - Independiente |                            |                  | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ D.C.                |                                     |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                 |               |                        |                 |               |     |
|----------------------|---------------------------------|---------------|------------------------|-----------------|---------------|-----|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA RCTO ASOCIADA (DDMMSSAAA) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DDMMSSAAA) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD      |     |
|                      |                                 |               |                        |                 | EMPLEADOS     | UPC |
|                      |                                 |               |                        |                 | 1             | 0   |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES               |               |                        |                 | TOTAL A PAGAR |     |
| 2021-07              | 2021-07                         | 1             | 30007/2021             | 5224231         | \$281.200     |     |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

| TOTALES SALUD |             |             |                        |               |                  |       |                     |           |               |
|---------------|-------------|-------------|------------------------|---------------|------------------|-------|---------------------|-----------|---------------|
| Código EPS    | Nombre      | NIT         | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades    |       | Licencia Maternidad | Días Mora | No. Afiliados |
|               |             |             |                        |               | No. Autorización | Valor |                     |           |               |
| EPS005        | Salidas EPS | 800251440-6 | 113.600                | 0             | 0                | 0     | 0                   | 0         | 1             |
|               |             |             |                        |               |                  | 0     |                     |           |               |

| TOTALES PENSION |          |             |                        |                            |                             |                          |                           |           |               |
|-----------------|----------|-------------|------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|-----------|---------------|
| Código AFP      | Nombre   | NIT         | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | No. Afiliados |
|                 |          |             |                        |                            |                             |                          |                           |           |               |
| 230301          | Porvenir | 800224808-8 | 145.400                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 0         | 1             |
|                 |          |             |                        |                            |                             |                          |                           |           |               |

| TOTALES RIESGOS LABORALES |                      |             |                        |                  |       |               |            |           |               |
|---------------------------|----------------------|-------------|------------------------|------------------|-------|---------------|------------|-----------|---------------|
| Código ARL                | Nombre               | NIT         | Cotización Obligatoria | Incapacidades    |       | Aportes Otros | Valor Neto | Días Mora | No. Afiliados |
|                           |                      |             |                        | No. Autorización | Valor | Sistemas      |            |           |               |
| 14-7                      | Seguros Bolívar S.A. | 860002503-2 | 22.200                 |                  |       |               | 22.200     | 0         | 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, RPP 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       |  |