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 3310 2021 **C.D.P. No.:** 304 **Proceso al que pertenece:** PROCESO ASISTENCIAL
**Unidad a la que pertenece:** CAPS SANTA CLARA

**Nombre del Contratista:** LUISA FERNANDA GONZALEZ HERRERA **C.C.** 1.032.405.844 **de:** BOGOTA

**Fecha Inicio:** 2021-02-19 **Fecha Terminación incial:** 2021-03-31 **Valor Mensual:** $ 1.797.400 **Valor a cobrar:** $ 1.797.400

| ADICIÓN/ OTROSI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | $ 1.677.000 | 776 | 01/04/2021 | 2021-04-30 |
| 2 | $ 2.799.300 | 1217 | 01/05/2021 | 15/06/2021 |
| 3 | $ 4.656.900 | 1776 | 16/06/2021 | 15/08/2021 |
| 4 | $ 1.634.000 | 2395 | 16/08/2021 | 15/09/2021 |
| 5 | $ 1.006.200 | 2859 | 16/09/2021 | 30/09/2021 |
| 0 | | | | |
| 0 | | | | |
| 0 | | | | |
| 0 | | | | |
| 0 | | | | |
| 0 | | | | |
| 0 | | | | |

| Nº CTA | MES DE CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR | VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL | NÚMERO DE PLANILLA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | FEBRERO | $ 1.754.400 | $ 281.200 | 1035272851 |
| 2 | MARZO | $ 1.909.200 | $ 281.200 | 1035878659 |
| 3 | ABRIL | $ 1.754.400 | $ 281.200 | 1036442941 |
| 4 | MAYO | $ 1.866.200 | $ 281.200 | 1037023559 |
| 5 | JUNIO | $ 1.763.000 | $ 281.200 | 1037622934 |
| 6 | JULIO | $ 1.720.000 | $ 281.200 | 1038406204 |
| 7 | AGOSTO | $ 1.926.400 | $ 281.200 | 1038940589 |
| 8 | SEPTIEMBRE | $ 1.797.400 | $ 281.200 | 1039449829 |
| 0 | | | | |
| 0 | | | | |
| 0 | | | | |
| 0 | | | | |
| 0 | | | | |

**Resumen de contrato**

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 3.698.000 | $ 15.471.400 | $ 14.491.000 | $ 980.400 |

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

**OBJETO DEL CONTRATO**

PRESTAR SUS SERVICIOS PERSONALES DE APOYO, EN SU CONDICIÓN DE TÉCNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LOS PROCESOS DE GESTIÓN AMBULATORIA Y RIESGO, CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

**Relación de actividades para el periodo:** **Desde:** 2021-09-01 **Hasta:** 2021-09-30

| | OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta) | DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 1 | Atender y orientar a los pacientes y sus familiares en relación con sus necesidades y expectativas de acuerdo con las políticas institucionales y las normas vigentes. | Atendio y orientar a los pacientes y sus familiares en relación con sus necesidades y expectativas de acuerdo con las políticas institucionales y las normas vigentes. | PROGRAMACIÓN CUADRO DE ACTIVIDADES |
| 2 | Realizar las actividades de enfermería y las asignadas por el enfermero profesional, de acuerdo con los procedimientos y protocolos del servicio de consulta externa. | Realizo las actividades de enfermería y las asignadas por el enfermero profesional, de acuerdo con los procedimientos y protocolos del servicio de consulta externa. | PROGRAMACIÓN CUADRO DE ACTIVIDADES |
| 3 | Verificar las agendas de programación de consulta por especialidad. | Verifico las agendas de programación de consulta por especialidad. | PROGRAMACIÓN CUADRO DE ACTIVIDADES |
| 4 | Estar pendiente de las novedades que puedan presentar los especialistas (como cambios de agendas, etc.). | Estubo pendiente de las novedades que puedan presentar los especialistas (como cambios de agendas, etc.). | PROGRAMACIÓN CUADRO DE ACTIVIDADES |
| 5 | Verificar que las ordenes de procedimientos esté correctamente diligenciado y facturado según los procedimientos solicitados (cantidades). | Verifico que las ordenes de procedimientos esté correctamente diligenciado y facturado según los procedimientos solicitados (cantidades). | PROGRAMACIÓN CUADRO DE ACTIVIDADES |
| 6 | . Propender por el cuidado y salvaguarda de los equipos biomédicos, así como la verificación del funcionamiento de los mismos. | Propendio por el cuidado y salvaguarda de los equipos biomédicos, así como la verificación del funcionamiento de los mismos. | PROGRAMACIÓN CUADRO DE ACTIVIDADES |
| 7 | Estar pendiente de la dotación de insumos del consultorio a cargo, así como de las fechas de vencimiento y demás requerimientos necesarios. | Estubo pendiente de la dotación de insumos del consultorio a cargo, así como de las fechas de vencimiento y demás requerimientos necesarios. | PROGRAMACIÓN CUADRO DE ACTIVIDADES |
| 8 | Realización de inventario diario de los consultorios asignados. | Realizo de inventario diario de los consultorios asignados. | PROGRAMACIÓN CUADRO DE ACTIVIDADES |
| 9 | Mantener el área y los equipos de los consultorios en las condiciones adecuadas de aseo y limpieza. | Mantuvo el área y los equipos de los consultorios en las condiciones adecuadas de aseo y limpieza. | PROGRAMACIÓN CUADRO DE ACTIVIDADES |
| 10 | Asistir al médico especialista en la realización de los procedimientos. | Asistio al médico especialista en la realización de los procedimientos. | PROGRAMACIÓN CUADRO DE ACTIVIDADES |
| 11 | verificar que el consentimiento informado este debidamente diligenciado y firmado por el paciente antes de iniciar el procedimiento. | verifico que el consentimiento informado este debidamente diligenciado y firmado por el paciente antes de iniciar el procedimiento. | PROGRAMACIÓN CUADRO DE ACTIVIDADES |
| 12 | Entregar y verificar los reportes de los procedimientos realizados a todos los usuarios. | Entrego y verificar los reportes de los procedimientos realizados a todos los usuarios. | PROGRAMACIÓN CUADRO DE ACTIVIDADES |
| 13 | Aplicar los procesos de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad. | Aplico los procesos de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad. | PROGRAMACIÓN CUADRO DE ACTIVIDADES |
| 14 | Revisar y hacer seguimiento de condiciones de los consultorios, teniendo en cuenta estándares de habitación. | Reviso y hacer seguimiento de condiciones de los consultorios, teniendo en cuenta estándares de habitación. | PROGRAMACIÓN CUADRO DE ACTIVIDADES |
| 15 | 0 | 0 | 0 |
| 16 | 0 | 0 | 0 |

**REALIZO 209 HORAS CONSULTA EXTERNA CAPS SAN JUAN DE DIOS**

Luisa Fernanda Gonzalez
**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.** 1.032.405.844 **de** BOGOTA

**VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS**

| | |
|---|---|
| **NOMBRE:** | SANDRA ISABEL LOAIZA GONZALEZ |
| **CARGO:** | ENFERMERO CÓDIGO 243 GRADO 20 |
| **FIRMA** | |

**Cuenta de cobro 008 - 2021**

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

**Nit. 900.959.051-7**

**DEBE A:**

**LUISA FERNANDA GONZALEZ HERRERA**
C.C. 1.032.405.844 de Bogotá

## LA SUMA DE:

Un Millón Setecientos Noventa y Siete Mil Cuatrocientos Pesos m/cte
**($1.797.400)**

Por concepto de:

- Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No PS 3310 2021 correspondiente del 01 al 30 de septiembre 2021.

OBJETO: PRESTAR SUS SERVICIOS PERSONALES DE APOYO, EN SU CONDICIÓN DE TECNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERIA, PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES, EN LOS PROCESOS DE GESTION AMBULATORIA Y RIESGO, CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

**Cordialmente,**

Luisa Fernanda Gonzalez

**LUISA FERNANDA GONZALEZ HERRERA**
C.C. 1.032.405.844
Teléfono: 3104772714
No Cuenta: 102677838 - ahorros Banco de Bogotá

Fecha: 30/Septiembre/2021

# PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

**Fecha creación reporte** 2021-09-16, 12:59:42 PM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1039449829 **Referencia pago(PIN)** 8822290730

**Periodo Cotización** 202108 **Periodo Servicio** 202108

**Cliente:**

## PAGADA 2021-09-14

### I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Razón Social** | LUISA FERNANDA GONZALEZ HERRERA | | | | |
| **Documento** | CC 1032405844 | **Dirección** | CL 8A #69 C - 15 | | |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3933112 | | |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO | **Total Afiliados** | 1 |
| **Ciudad** | BOGOTA D.C. | **Departamento** | BOGOTA D.C. | | |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | | | |

### II. DATOS DEL AFILIADO

| Documento | CC 1032405844 | | Residente | | Exonerado | N | Apellidos y Nombres | Código Ciudad - Departamento | Centro de Trabajo | Ubicación Laboral |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tipo Cotizante | 59 | 00 | | | | | GONZALEZ HERRERA LUISA FERNANDA | 11001000 - 11 | | BOGOTA D.C. |

### III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

| Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Extranjero | Tipo salario | Salario | Pensión | | | | | | Salud | | | | | | Riesgos | | | | | Caja | | | | Parafiscales | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | | | | Código AFP | Código Tras. AFP | Tarifa AFP | IBC | Total Aporte AFP | Total Aporte FSP | Total Aporte FSPS | Código EPS | Código Tras. EPS | Tarifa EPS | IBC EPS | Aporte Salud | Aporte UPC | Código ARL | Clase Riesgo | Tarifa ARL | IBC ARL | Aporte Riesgos | Código CCF | Tarifa CCF | IBC CCF | Aporte Caja | Tarifa SENA | Aporte SENA | Tarifa ICBF | Aporte ICBF |
| | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 0 | | | $ 908.526 | 25-14 | | 16 % | $ 908.526 | $ 145.400 | $ 0 | $ 0 | EPS037 | | 12,5 % | $ 908.526 | $ 113.600 | $ 0 | 14-7 | 3 | 2,436 % | $ 908.526 | $ 22.200 | NIN-CC | 0 % | $ 0 | $ 0 | 0 % | $ 0 | 0 % | $ 0 |

### IV.TOTALES

| Total Aportes Pensión | Total Aportes FSP | Total Aportes FSPS | Total Aportes Salud | Total Aportes Riesgos | Total Aportes Cajas | Total Aportes SENA | Total Aportes ICBF | Total Aportes ESAP | Total Aportes MEN | Total Final |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| COLPENSIONES | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | NUEVA EPS | SEGUROS BOLIVAR | NINGUNA CCF | SENA | ICBF | ESAP | MEN | |
| $ 145.400 | $ 0 | $ 0 | $ 113.600 | $ 22.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 281.200 |



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!

¡El Poder de lo SIMPLE!