Cuenta de cobro (2) - 2021

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

Nit. 900.959.051-7

DEBE A:

ORIANA ROCIO FRAGOZO DIAZ

C.C. 1018490878 de BOGOTA

LA SUMA DE:

TRES MILLONES QUINIENTOS VEINTINUEVE MIL TRESCIENTOS CUARENTA Y CUATRO PESOS M/CTE

($ 3.529.344)

Por concepto de:

Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No PS 7654-2021 correspondiente al mes de **NOVIEMBRE** de 2021.

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN MEDICINA II DE APOYO A LA GESTION PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. CONVENIO 016 2021.

Cordialmente.

Oriana Fragozo

ORIANA ROCIO FRAGOZO DIAZ

C.C.: _1018490878 DE BOGOTA
TELEFONO: 3015738130
DIRECCION: CRA 70C 80 - 48
NUMERO DE CUENTA: 191021732 AHORROS
BANCO: BOGOTA
FECHA DE GENERACION DE CUENTA:18/11/2021

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
VERSION: 02
FECHA: 2020-05-04

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 7654 2021	C.D.P. No.:	3401	Proceso al que pertenece:	CONVENIO 0016 - 2021
				Unidad a la que pertenece:	UHMES SANTA CLARA
Nombre del Contratista:	ORJANA ROCIO FRAGOZO DIAZ			C.C.	1018490878 de BOGOTA
Fecha Inicio:	2021-10-19	Fecha Terminación inicial:	2021-11-18	Valor Mensual:	$ 6.312.096
Valor a cobrar:	$ 3.529.344				

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1				
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	OCTUBRE	$ 2.443.392	$ 0	0
2	NOVIEMBRE	$ 3.529.344	$ 302.500	54770539
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
$ 6.312.096	$ 6.312.096	$ 5.972.736	$ 339.360

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN MEDICINA II DE APOYO A LA GESTION PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. CONVENIO 016 2021.

Relación de actividades para el periodo: Desde: 2021-11-01 Hasta: 2021-11-18

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en el contrato)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1.	Atender a consulta a cada uno de los miembros del hogar que se encuentren en la vivienda durante la visita, independientemente de su régimen de afiliación.	Identificar la composicion de las familias, consulta de situacion de aseguramiento de los integrantes	Formato de caracterizacion
2	cumplir con 4 visitas efectivas diarias.	Visitar 4 familias al día (EFECTIVAS) equipo base	Historias clinicas y formato de caracterización
3	Realizar la caracterización de los riesgos sociales y de salud de la familia con base en las preguntas que aparecen en el formulario de recolección de información y los identificados en la consulta diagnóstica (Historia Clínica Digital).	Reportar la necesidad de abordaje y respuesta de la aseguradora mediante el SIRC para ello se tiene usuario y clave para acceder y referir según el caso a las RIAS	Formato de SIRC e Historia clinica
4	Apoyar al auxiliar de enfermería en las mediciones y tamizajes necesarios para la identificación de riesgos en salud y la verificación de las condiciones de aseguramiento.	Se dan indicaciones a paciente, risegos y se informa estado de salud	Historia clinica
5	Deberá registrar la consulta diagnóstica básica en la Historia Clínica Digital, refiriendo las conductas recomendadas, interconsulta o pruebas complementarios solicitadas, medicamentos formulados o pedidos para dispensación por parte de la Subred para afiliados Capital Salud.	Se hace la respectivas formulacion y se dan recomendaciones a pacientes visitados	Historia clinica
6	Hacer recomendaciones de conductas a seguir, tras la realización de la consulta médica	Se dan recomendaciones y conductas a seguir según Dx de pacientes valorados	Historia clinica
7	verificar que los integrantes de la familia, independientemente de su aseguramiento, accedan a las actividades individuales y familiares contempladas en la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud, de acuerdo con los esquemas de atenciones individuales por momento de curso de vida	Se recolecta informacion para remitir a paciente a RIAS según el caso	Historia clinica - formato
9	El médico debe referir el caso mediante la plataforma del Sistema Integral de Referencia y Contra referencia-SIRC	Diligenciar el formato del SIRC en caso que lo requiera	Formatos - Historia clinica
9	el médico deberá diligenciar las fichas de Notificación Individual o de acuerdo con el protocolo establecido por el Instituto Nacional de Salud y realizar el reporte correspondiente	En caso de evidenciar eventos de interes de salud publica el equipo base deberá notificar al Sistema de Vigilancia Epidemiologica de Violencia Intrafamiliar y a los demas entes como SISVECOS y/o SIVIM	Formatos - Historia clinica
10	Participar activamente en el Comite de Cuidado Semanal.	Asisitir a reuniones programadas	Listado de asistencia
11.	.Apropiación de la guia operativa PRODUCTOS • Ficha familiar-Caracterización Social y Ambiental por diligenciado en el formato definido para tal fin. Registro de la consulta diagnóstica básica individual en la Historia Clínica Digital (remisiones a interconsultas, fórmulas médicas, de laboratorios y medios diagnósticos). Ficha de notificación individual de eventos de interés en salud pública, si se requiere.•Reporte de canalización a los usuarios afiliados a otra Entidad Administradora de Planes de Beneficios EAPB. diferente a Capital Salud EPS-S mediante plataforma Sistema Integral de Referencia y Contra referencia (SIRC) si se requiere. Entregar al geógrafo los mapas o rutas de campo una vez finalizada la manzana o ruta asignada. Llevar cuenta del estado y del inventario del kit diagnóstico, con el fin de solicitar reposición de insumos y/o mantenimiento o calibración de los equipos. y otras actividades que la subred requiera segun la operatividad de AMED. Lineamientos para cumplimiento de metas y productos. Cumplimiento del 100% de los productos estipulados en los lineamientos Tecnicos de secretaria de Salud.CONVENIO 016 2021. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato	Asistiran a quien lo necesite y solicitar el apoyo al CRUE para remitir a la persona a una IPS que pueda atenderlos	Formatos - Historia clinica

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

Orjana Fragozo
Firma del Contratista

C.C. 1018490878 de BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	EDILSA ESTHER MAURY BELLO
CARGO:	DIRECCION SERVICIOS AMBULATORIOS
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	1018490878	Oriana Rocio Fragozo Diaz		carrera 70c # 80-48	4601289	orifragozo@hotmail.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	
2021-10	2021-10	I	18/11/2021	54770539	$302.500	

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					
EPS016	Coomeva EPS	805000427-1	122.200	0		0		0	0	0	0	122.200	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	156.400	0	0	0	0	0	0		156.400	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	23.900				23.900	0	0	23.900			239	23.900	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	122.200	122.200
Pensión	1	156.400	156.400
Riesgos Laborales	1	23.900	23.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	302.500	302.500

PAGADA

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
CC	1018490878	Oriana Rocio Fragozo Diaz		carrera 70c # 80-48	4601289	orifragozo@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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 / IPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2021-10	2021-10	I	18/11/2021	54770539	$302.500

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	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	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario 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
1	CC	1018490878	FRAGOZO DIAZ ORIANA ROCIO	59	0			N	X																230301	977.356	156.400	0	0	0	0	EPS016	977.356	122.200	14-11	977.356	3	23.900		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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