7650 OK

Cuenta de cobro (02) - 2021

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

Nit. 900.959.051-7

DEBE A:

MARYI DANIELA FLÓREZ DELGADO

C.C. 1.024.558.728 de BOGOTÁ

LA SUMA DE:

DOS MILLONES VEINTIOCHO MIL TRESCIENTOS DOCE PESOS M/CTE ($2.028.312)

Por concepto de:

Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No 7650 de 2021 correspondiente al mes de **NOVIEMBRE** de 2021.

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS COMO PSICOLOGO(A) 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 CONVENIO 016 2021.

Cordialmente.

C.C. 1.024.558.728 de Bogotá
TELEFONO: 3123477691
DIRECCION: KR 73F 59 B 23 SUR
NUMERO DE CUENTA: 230 059 00866-4
BANCO: BANCO POPULAR
FECHA DE GENERACION DE CUENTA: 18 de noviembre 2021

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 7650 202 **C.D.P. No.:** 3401 **Proceso al que pertenece:** CONVENIO 0016 – 2021 **Unidad a la que pertenece:** UBMES SANTA CLARA

Nombre del Contratista: MARYI DANIELA FLOREZ DELGADO **C.C.** 1.024.558.728 **de:** BOGOTÁ

Fecha Inicio: 2021-10-19 **Fecha Terminación inicial:** 2021-11-18 **Valor Mensual:** $ 3.627.558 **Valor a cobrar:** $ 2.028.312

ADICIÓN OTRO SÍ	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	$ 1.404.216		
2	NOVIEMBRE	$ 2.028.312	$ 300.300	53939899
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
$ 3.627.558	$ 3.627.558	$ 3.432.528	$ 195.030

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

OBJETO DEL CONTRATO:

PRESTAR SERVICIOS COMO PSICOLOGO(A) 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 CONVENIO 016 2021.

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

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Acompañar a la enfermera/o el ejercicio de priorización de hogares con base en la información recopilada por el grupo base	Revisión de fichas de caracterización	Priorización de familias
2	Programar visitas complementarias a los hogares que requieran aplicación do pruebas por alertas en salud mental yo presencia de personas en condición de dependencia/discapacidad y sus cuidadores	De acuerdo a los hallazgos de la Atención Médica Domiciliaria, se procede a identificar el motivo de consulta pertinente para la adecuada valoración, aplicación de pruebas y recomendaciones del área.	Aplicación de Pruebas, formato de psicologia de firmas
3	Realizar las mencionadas visitas complementarias, aplicar pruebas y registrar los resultados en la herramienta de recolección de información según corresponda: WHODAS 2.0 para discapacidad, Índice de Barthel para dependencia, Assist para consumo de sustancias psicoactivas y Test Zarit para sobrecarga del cuidador	De acuerdo a los hallazgos de la Atención Médica Domiciliaria, e identificación del motivo de la visita, se procede a realizar las visitas complementarias para aplicación de pruebas o validación de SQR O RQC	Aplicación de Pruebas, formato de psicologia de firmas
4	Presentar y analizar junto con el/la enfermero/a los resultados de la visita complementaria, de cara a la presentación de los casos en el Comité de Cuidado	Atención complementaria del área de psicología a Pacientes atendidos por el equipo base. De acuerdo al procedimiento adecuado.	Plan de cuidado/ comité de cuidado
5	Participar activamente en el Comité de Cuidado Semanal	Con base en la priorización de familias y visitas complementarios, se organiza el comité de cuidado	Retroalimentación, Plan de cuidado y seguimiento
6	Apoyar al enfermero/a, junto con el auxiliar de enfermería del grupo de seguimiento, en la consignación de información en el formato de Recomendaciones de Cuidado	Teniendo en cuenta la visita de equipo complementario se apoya al enfermero a realizar las recomendaciones para cada familia	Plan de cuidado en ficha de caracterización
7	Apropiación de la guía operativa	Revisión constante de la guia operativa	Guia operativa
8	Garantizar el proceso de archivo y organización de la documentación física de las actividades realizadas por el equipo territorial, y otras actividades que la subred requiere según la operatividad de AMED. Lineamientos para cumplimiento de metas y productos	Recopilación de documentación necesaria para el cumplimiento de las metas	A-Z para cada grupo base

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

Firma del Contratista

C.C. 1.024.558.728 **de** BOGOTÁ

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS

NOMBRE	Edilsa Esther Maury Bello
CARGO	Directora Técnica Servicios ambulatorios
FIRMA	

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE

TI	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
C.	1024558728	MARYI DANIELA FLOREZ DELGADO	carrera 73F # 59 B 23 sur	9340233	maryiflorezd@gmail.com	
FOR A PRESEN ACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚN A	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	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2021-10	2021-10	I	11/11/2021	53939899	$300.300	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	119.000	0		0		0	0	0	0	119.000	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
230301	Porvenir	800224808-8	152.300	0	0	0	0	0	0		152.300	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	23.200				23.200	0	0	23.200			232	23.200	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF2	Compensar Caja	860066942-7	5.800	0	0	5.800	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	119.000	119.000
Pensión	1	152.300	152.300
Riesgos Laborales	1	23.200	23.200
CCF	1	5.800	5.800
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	300.300	300.300

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAGADA

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1024558728	MARYI DANIELA FLOREZ DELGADO	carrera 73F # 59 B 23 sur	9340233	maryiflorezd@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2021-10	2021-10	I	11/11/2021	53939899	TOTAL A PAGAR	
					$300.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN								SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Sistema	Extranjero	Cotiza Exterior	Exonerado	SLN	IGE	LMA	VAC	VST	SUS	INC	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	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	1024558728	FLOREZ DELGADO MARYI DANIELA	57	0			N																	230301	951.500	152.300	0	0	0	0	EPS017	951.500	119.000	14-11	951.500	3	23.200	CCF24	951.500	5.800	0	0	0	0	0

PAGADA

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