Cuenta de cobro 001 - 2021

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

Nit. 900.959.051-7

DEBE A:

BERNY YESID CASTAÑO DIAZ

C.C 1.033745.669 DE BOGOTA

LA SUMA DE:

NOVECIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL CIENTO SESENTA Y CUATRO PESOS M/CTE

($984.164)

Por concepto de:

Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No PS 8044 2021 correspondiente al mes de **NOVIEMBRE** de 2021.

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA II DE APOYO A LA GESTIÓN 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.

Berny Castaño Diaz

BERNY YESID CASTAÑO DIAZ

C.C. 1.033.745.669
TELEFONO: 3152277666
DIRECCION: KR 20 D # 62-10 SUR
NUMERO DE CUENTA:0066210733
BANCO: BBVA
FECHA DE GENERACION DE CUENTA: 30 DE NOVIEMBRE DE 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 8044 2021	**C.D.P. No.:**	3728	**Proceso al que pertenece:**	CONVENIO 0016 2021
				Unidad a la que pertenece:	UHMES SANTA CLARA

Nombre del Contratista:	BERNY YESID CASTAÑO DIAZ	**C.C.**	1.033.745.669	**de:**	BOGOTA
Fecha Inicio:	2021-11-19	**Fecha Terminación incial:**	2022-01-15	**Valor Mensual:**	$ 2.232.372
Valor a cobrar:	$ 984.164				

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	NOVIEMBRE	$ 984.164	$ 281.200	1041810595
2				
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
$ 4.241.507	$ 4.241.507	$ 984.164	$ 3.257.343

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA II DE APOYO A LA GESTIÓN PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIONDE 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:** 2021-11-19 **Hasta:** 2021-11-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Asistir al Comité de Cuidado.	se asistio a comité de cuidado de familias priorizadas	Firma de actas y listado de asistencia
2	Acompañar la construcción de las Recomendaciones de Cuidado en las familias do prioridad alta.	Visitar 4 familias al día (EFECTIVAS) equipo base	Historias clinicas y formato de caracterización
3	Imprimir las Recomendaciones de Cuidado para las familias con prioridad alta y media.	Realizacion de formato de caracterización familiar y ambiental	Registro en formato de caracterización
4	Concertar telefónicamente con cada familia preferiblemente con la persona que atendió la visita del Grupo Base, el momento y el día en el que puede presentar y hacer entrega de las Recomendaciones de Cuidado	Apoyo en toma de medidas antropometricas	Registro en formato de caracterización
5	Desplazarse a la casa de las familias con prioridad alta y media	Entrega de mapa finalizada la manzana para actualización de novedades en el uso del suelo	Entrega al gestor al finalizar la manzana
6	Otras actividades que la subred requiera según la operatividad de AMED, Lineamientos para cumplimiento de metas y productos. PRODUCTO, Familias de prioridad Alta y media con planes concertados y entregados. Seguimiento registrado en formato de secretaria de salud. Cumplimiento del 100% de los productos estipulados en los Lineamientos Técnico de secretaria de Salud. CONVENO 016 2021. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato	Envió y cargue de información diaria (ficha de caracterización) en el FTP	Registro en formato de caracterización

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

Berny Castaño Diaz
Firma del Contratista

C.C. 1.033.745.669 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	EDILSA ESTHER MAURY BELLO
CARGO:	DIRECCION SERVICIOS AMBULATORIOS
FIRMA	

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2021-11-17, 06:17:07 PM **Tipo Planilla** N **Número Planilla** 1041810595 **Referencia pago(PIN)** 8868702670

Planilla Corregida Nro 1040958453 **Periodo Cotización** 202110 **Periodo Servicio** 202110

Cliente:

PAGADA 2021-11-17

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	BERNY YESID CASTANO				
Documento	CC 1033745669	**Dirección**	KR 20D 62 10		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3152277666		
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 1033745669		Residente		Exonerado	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	57	00					CASTAÑO DIAZ BERNY YESID	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
						C									0	30	30	30	0			230301		16 %	$ 908.526	$ 145.400	$ 0	$ 0	EPS037		12,5 %	$ 908.526	$ 113.600	$ 0	14-11	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
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	NUEVA EPS	ARL SURA	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!