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
VERSION: 02
FECHA: 2020-05-04

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 6652 2021	C.D.P. No.:	2242	Proceso al que pertenece:	AMBULATORIOS SAN BLAS
				Unidad a la que pertenece:	sede Calle 34 las mercedes
Nombre del Contratista:	VLADIMIR LOPEZ GUERRERO			C.C.	80760539 de: BOGOTA
Fecha Inicio:	2021-07-26	Fecha Terminación incial:	2021-08-15	Valor Mensual:	$ 3.162.000
Valor a cobrar:	$ 3.162.000				

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 2.740.400	2598	2021-08-16	2021-09-15
2	$ 1.581.000	2859	2021-09-16	2021-09-30
3	$ 1.581.000	3067	2021-10-01	2021-10-15
4	$ 1.581.000	3256	2021-10-16	2021-10-31
5	$ 3.162.000	3455	2021-11-01	2021-11-30
6	$ 3.162.000	3896	2021-12-01	2021-12-31
7				
8				
9				
10				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	Agosto	$ 3.162.000	$ 400.300	52679327
2	septiembre	$ 3.162.000	$ 433.200	53353401
3	octubre	$ 3.162.000	$ 433.200	54122084
4	noviembre	$ 3.162.000	$ 433.200	54729403
5	Diciembre	$ 3.162.000	$ 433.200	55375907
6				
7				
8				
9				
10				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 2.002.600	$ 15.810.000	$ 15.810.000	$ 0

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

OBJETO DEL CONTRATO

Prestar servicios de acuerdo a su perfil academico para desarrollar actividades (de Enfermeria) con disponibilidad en cumplimiento de la mision y la vision de la subred centro oriente en el area de direccion de ambulatorios

Relación de actividades para el periodo: Desde: 2021-12-01 Hasta: 2021-12-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUTO O EVIDENCIA
1	. Prestar el servicio de conformidad con la programación de agenda acordada con el supervisor del contrato, para el desarrollo de sus actividades. enfermeria en lo relacionado con actividades de promoción de la salud y	Se dio cumplimiento	Punto satelite
2	Controlar los signos vitales de cada uno de los pacientes asignados con la periodicidad requerida según orden médica, orden de Enfermería y protocoló institucional, informando al médico y enfermera las alteraciones encontradas y registrándolas en la historia clínica digita	Se dio cumplimiento	
3	Orientar y preparar a los pacientes para exámenes diagnóstico de acuerdo con los protocolos de manejo y tecnología requerida. Según normas establecidas para cada procedimiento.	Se dio cumplimiento	
4	Realizar actividades propias del cuidado de enfermería previniendo acciones inseguras en la prestación de servicios de salud.5 limpieza y desinfección conforme a los protocolosy guias intitucionales	Se dio cumplimiento	
5	Notificar inmediatamente las acciones inseguras ocurridas a sus pacientes al médico de turno, jefe inmediato y en el sistema de reporte	Se dio cumplimiento	

Observaciones:

Vladimir Lopez Guerrero
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. 80760539 de BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	EDILSA ESTHER MAURY BELLO
CARGO:	Director Tecnico Servicios Ambulatorios
FIRMA	

OK

Cuenta de cobro (005) - 2021

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
Nit. 900.959.051-7

DEBE A:
VLADIMIR LOPEZ GUERRERO
C.C. 80760539 De Bogotá

LA SUMA DE:

TRES MILLONES CIENTO SESENTA Y DOS MIL PESOS M/CTE

($ 3.162.000)

Por concepto de:

Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No PS 6652 correspondiente al mes de **diciembre** de 2021.

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS DE ACUERDO A SU PERFIL ACADÉMICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES (ENFERMERO), CON DISPONIBILIDAD EN CUMPLIMIENTO DE LA MISIÓN Y LA VISIÓN DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Cordialmente.

C.C.: 80760539
TELEFONO: 3127042719
DIRECCION: cra 11 # 146-75
NUMERO DE CUENTA: 488400302565
BANCO: Davivienda
FECHA DE GENERACION DE CUENTA:31/12/2021

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	80760539	VLADIMIR LOPEZ GUERRERO		CARRERA 11 No 146-75 APTO 204	4631941	vladolg@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	
2021-11	2021-11	I	13/12/2021	55375907	$433.200	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	175.000	0		0		0	0	0	0	175.000	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	224.000	0	0	0	0	0	0		224.000	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										
14-25	Riesgos prof Colmena	800226175-3	34.200				34.200	0	0	34.200			342	34.200	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	175.000	175.000
Pensión	1	224.000	224.000
Riesgos Laborales	1	34.200	34.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	433.200	433.200

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