Cuenta de cobro (002) - 2021

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

Nit. 900.959.051-7

DEBE A:

KATERINE ANDREA OSPINA DIAZ

C.C. 1.088.248.554 de Pereira

LA SUMA DE:

TRES MILLONES SEISCIENTOS VEINTISIETE MIL SEISCIENTOS OCHENTA Y CUATRO PESOS M/CTE
($3.627.684)

Por concepto de:

Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No PS 8143 2021 correspondiente al mes de **DICIEMBRE** 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.

Katerin Ospina

C.C.: 1088248554
TELEFONO: 3014439002
DIRECCION: CL 38 A SUR # 72 K 91
NUMERO DE CUENTA: 0550007500902940 cuenta de ahorros,
BANCO: Davivienda
FECHA DE GENERACION DE CUENTA: 31 DE DICIEMBRE DEL 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-1A-FT-014
VERSIÓN: 02
FECHA: 2020-05-04

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 8143 2021	**C.D.P. No.:**	3728	**Proceso al que pertenece:**	CONVENIO 0016 - 2021
				Unidad a la que pertenece:	UMHES SANTA CLARA

Nombre del Contratista:	KATERINE ANDREA OSPINA DIAZ	**C.C.**	1.088.248.554	**de:**	PEREIRA
Fecha Inicio:	2021-11-26	**Fecha Terminación inicial:**	2022-01-15	**Valor Mensual:**	$ 3.627.684	**Valor a cobrar:**	$ 3.627.684

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	$ 312.048		
2	DICIEMBRE	$ 3.627.684	$ 449.000	54860283
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
$ 6.408.686	$ 6.408.686	$ 3.939.732	$ 2.468.954

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:** 2021-12-01 **Hasta:** 2021-12-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la cuenta)	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	Se realizó acompañamiento a los profesionales en Psicologia de los grupos complementarios en identificacion de las priorizaciones de las familias abordadas por los equipos base	Acta y listado de asitencia
2	Programar visitas complementarias a los hogares que requieran aplicación de pruebas por alertas en salud mental yo presencia de personas en condición de dependencia/discapacidad y sus cuidadores	Se realizó acompañamiento a los profesionales en Psicologia durante las visitas a los domicilios de las familias identificadas y/o priorizadas por los equipos base, para la aplicación de pruebas y acompañamientos psicologico.	Acta y listado de asitencia
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 cuidado	Se realizó apoyo a los profesionales del equipo complementario en las visitas a los domicilios de las familias identificadas y/o priorizadas por los equipos base, para la aplicación de pruebas, acompañamientos y asesoria psicologica.	Acta y listado de asitencia
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	Se asistio a los Comités operativos programados para el mes de diciembre	Acta y listado de asitencia
5	Participar activamente en el Comité de Cuidado Semana	Se asistio a los Comites de Cuidado programados para el mes de diciembre	Acta y listado de asitencia
6	Apoyar al enfermero/a, junto con el auxiliar de enfermeria del grupo de seguimiento, en la consignación de información en el formato de Recomendaciones de Cuidado	Se realizo apoyo a los profesionales del equipo complementario en el diligenciamiento del formato, teniendo en cuenta la informacion recolectada en las visitas a domicilio de las familias priorizadas.	Acta y listado de asitencia
7	Apropiación de la guia operativa	Se realiza lectura y apropiación de la operativa, resolviendo dudas con los profesionales de equipo complementario.	Acta y listado de asitencia
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	Se recibe orientación para el correcto manejo de documentacion frente a las actividades realizadas en terreno por parte del equipo base y complementario.	Acta y listado de asitencia
9			
10			

Observaciones:

Se anexa certificación de pago a Salud, pension y ARL.
En caso de tener contrato nuevo se debe anexar también la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro

Katerin Ospina
Firma del Contratista

C.C. 1.088.248.554 **de** PEREIRA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	Edilsa Maury Bello
CARGO:	Director 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	1088248554	KATERINE ANDREA OSPINA DIAZ	DIAG 77 B N 129 11	3014439002	kanospi397@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	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2021-11	2021-11	I	09/12/2021	54860283	$449.000	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Dias Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	181.400	0		0		0	0	0	0	181.400	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Dias Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	232.200	0	0	0	0	0	0		232.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Dias 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	35.400				35.400	0	0	35.400			354	35.400	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Dias 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	181.400	181.400
Pensión	1	232.200	232.200
Riesgos Laborales	1	35.400	35.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	449.000	449.000

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	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1088248554	KATERINE ANDREA OSPINA DIAZ	DIAG 77 B N 129 11	3014439002	kanospi397@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	09/12/2021	54860283	$449.000	

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	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	INL	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	1088248554	OSPINA DIAZ KATERINE ANDREA	59	0			N																	230201	1.451.098	232.200	0	0	0	0	EPS005	1.451.098	181.400	14-11	1.451.098	3	35.400		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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