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 8146 2021	**C.D.P. No.:**	3728	**Proceso al que pertenece:**	CONVENIO 0016 2021
				Unidad a la que pertenece:	UHMES SANTA CLARA

Nombre del Contratista: LUZ DARY SACRISTAN BOAVITA **C.C.** 51.626.892 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2021-11-26 **Fecha Terminación incial:** 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	$ 43.000	55391251
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 ENFERMERA II 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 minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Liderar la priorización de hogares y trabajar conjuntamente con el psicólogo en la definicion de cuales familias con prioridad alta por alertas en salud mental y/o presencia de personas en condicion de dependencia discapacidad y de cuidadores, requieren visita complementaria.	Desarrollo de inducción y lectura de la Guia Operativa	Firma de actas y listados de asistencia
2	Adelantar la construcción de las recomendaciones para la formulación del Plan de Cuidado en los hogares con prioridad media, para posterior entrega por el auxiliar de enfermería, sin llevarlo a Comité de Cuidado.	Apoyo al profesional de enfermería de los equipos complementarios y base, en el desarrollo de actividades de seguimiento y complementario, para lograr un mejor acercamiento a las familias.	Firma de actas y listados de asistencia
3	Analizar junto con el psicólogo los resultados de las visitas complementarias realizadas (cuando corresponda)		
4	Presentación de los casos con prioridad alta en el Comité de Cuidado	Asistencia al comité de cuidado, sustentación de las Rutas de Atención Integral en Salud y activación del Sistema de Referencia y Contrarreferencia, así como el desarrollo de la Guia Operativa sobre la canalización de las diferentes Rutas de Atención Integral en Salud	Firma de actas y listados de asistencia
5	Solicitar al Gestor Local la convocatoria del Comité de Cuidado en el dia convenido para tal efecto.		
6	Programar y liderar el desarrollo del Comité de Cuidado semanal, cuyos resultados serán consignados en Acta y listado de asistencia.		
7	Apropiación de la guia operativa.	Participacion activa de los diferentes procesos de inducción y cumplimiento de las actividades consignadas en cada acta	Firma de actas y listados de asistencia
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 requiera según la operatividad de AMED, Lineamientos para cumplimiento de metas y productos. PRODUCTOS.• SeguimientoPriorización de Familias. • Familias con prioridad media con planes de cuidado formulados.		
9	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.		

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

Luz Dary Sacristán
Firma del Contratista

C.C. 51.626.892 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	Edilso Mauricio Bello
CARGO:	Director Asistencial
FIRMA	

Cuenta de cobro (002) - 2021

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

DEBE A:

LUZ DARY SACRISTAN BOAVITA

C.C. 51626892 DE BOGOTÁ

LA SUMA DE:

TRES MILLONES SEISCIENTOS VEINTI SIETE 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 8146 2021 correspondiente al mes de **DICIEMBRE** de 2021.

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS COMO TÉCNICO I 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.

Luz Dary Sacristan

C.C. 51626892
TELÉFONO: 3103348842
DIRECCIÓN: CRA 95 71 A 16
NÚMERO DE CUENTA: 111680100850
BANCO: FALABELLA
FECHA DE GENERACIÓN DE CUENTA: 31 DE DICIEMBRE DEL 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	51626892	LUZ DARY SACRISTAN BOAVITA	carrera 95 71 a - 16	3103348842	darysan-51@hotmail.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	
55391251	13/12/2021				EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2021-11	2021-11	N		55407459	TOTAL A PAGAR	
					$3.700	

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					

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

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	3.700				3.700	0	0	3.700			37	3.700	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	0	0	0
Pensión	0	0	0
Riesgos Laborales	1	3.700	3.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	1	3.700	3.700

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	51626892	LUZ DARY SACRISTAN BOAVITA	carrera 95 71 a - 16	3103348842	darysan-51@hotmail.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	
55391251	13/12/2021				EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2021-11	2021-11	N		55407459	TOTAL A PAGAR	
					$3.700	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Código	Tipo	Subtipo	Extranjero	Colombiano en el Exterior	IRP	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL			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	51626892	SACRISTAN BOAVITA LUZ DARY	08	3				N	X															0	0	0	0	0	EPS017	151.438	19.000	14-11	151.438	3	3.700		0	0	0	0	0	0	0

Articulo 61 ley 100 de 1993

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