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 CONTRATACIÓN
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 03
FECHA: 2021-12-27

## 1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. CONTRATO - OPS:** | PS 3943 2022 | **C.D.P. No.:** | 105 | **Proceso que pertenece:** | AMBULATORIOS |
| | | | | **Servicio al que pertenece:** | ENFERMERA PROGRAMA CRONICOS |
| | | | | **Unidad a la que pertenece:** | CAPS 1 MAYO |

**Nombre del Contratista:** CAROLINA APARICIO ANGARITA **C.C.** 24 060 000 **de:** SATIVANORTE BOYACA

**Fecha Inicio:** 2022-02-04 **Fecha Terminación inicial:** 2022-04-31 **Valor Mensual:** $ 3 329 400 **Valor a cobrar:** $ 2 989 300

| 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 | | | | |

| Nº CTA | MES DE CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR | VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL | NÚMERO DE PLANILLA | FECHA DE PAGO PLANILLA |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | FEBRERO | $ 2 989 300 | $ 412 400 | 86176161 18 | 1/02/2022 |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |
| 5 | | | | | |
| 6 | | | | | |
| 7 | | | | | |
| 8 | | | | | |
| 9 | | | | | |
| 10 | | | | | |
| 11 | | | | | |
| 12 | | | | | |
| 13 | | | | | |
| 14 | | | | | |
| 15 | | | | | |
| 16 | | | | | |
| 17 | | | | | |
| 18 | | | | | |
| 19 | | | | | |
| 20 | | | | | |

| Resumen de contrato | VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|---|
| | $ 9.655.260 | $ 9.655.260 | $ 2.989.300 | $ 6.665.960 |

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

**OBJETO DEL CONTRATO**

PRESTAR SUS SERVICIOS PERSONALES DE APOYO, EN SU CONDICION DE PROFESIONAL DE ENFERMERIA PARA LA EJECUCION DE ACTIVIDES ASISTENCIALES EN LOS DIFERENTES SERVICIOS CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

**Relación de actividades para el periodo:** **Desde:** 2022-02-04 **Hasta:** 2022-02-28

| | OBLIGACIONES ESPECIFICAS (Las estipuladas en la minuta) | DESCRIPCION DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 1 | PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA, EN LO RELACIONADO CON ACTIVIDADES DE PROMOCION DE LA SALUD Y DETECCION DE LA ENFERMEDAD SEGUN CURSO DE VIDA, PROGRAMAS DE ATENCION Y CONDICIONES DE LOS USUARIOS, PROGRAMACION Y SUPERVISION DE LAS ACTIVIDADES QUE REALIZAN LAS AUXILIARES DE ENFERMERIA DEMAS PROCEDIMIENTOS, ACTIVIDADES Y REPORTES QUE SE DERIVEN DE LA ATENCION RELACIONADA CON SU PROFESION SEGUN LA DEMANDA DEL USUARIO Y NECESIDAD DEL SERVICIO, DE ACUERDO A LA NECESIDAD DEL SERVICIO, SUJETANDOSE A LA NORMATIVIDAD VIGENTE EN EL MARCO DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE LA CALIDAD EN SALUD PARA EL SERVICIO DE LA PROFESION, ACOGIENDOSE LAS GUIAS Y PROTOCOLOS DEFINIDOS POR LA SUBRED | EN EL MES DE FEBRERO 2022 SE REALIZARON LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES 1 ASIGANACION DE CITAS A PACIENTES CRONICOS CON MEDICO GENERAL ESPECIALISTAS SEGUN PERTINENCIA 2 TRABAJO PRESENCIAL CAPS 1 MAYO REVISION DE HISTORIA CLINICA SEGUN BASE DE GESTION DE RIESGO PARA PACIENTE EN CONDICION CRONICA EN DINAMICA 3 LLAMADAS A USUARIOS EN CONDICION CRONICA PARA SEGUIMIENTO A SU PATOLOGIA 4. REPORTAR EVENTOS DE NOTIFICACION OBLIGATORIA CON LA OPORTUNIDAD ESTABLECIDA EN LA NORMA VIGENTE | DINAMICA, TELEFONO PERSONAL PARA REALIZAR LLAMADAS A USUARIOS CON CONDICION CRONICA, RETROALIMENTAR BASE DE CRONICOS, ATENCION OFICINA CRONICOS |
| 2 | REALIZAR PROCEDIMIENTOS DE ACUERDO A SU COMPETENCIA | | |
| 3 | REALIZAR SEGUIMIENTO A LOS PROGRAMAS DE PROMOCION DE LA SALUD Y DETECCION DE LA ENFERMEDAD CONFORME A NECESIDAD DEL SERVICIO, ASI COMO EVENTOS DE INTERES EN SALUD PUBLICA | LIDERAR Y ORGANIZAR ACTIVIDADES CON EL EQUIPO DE TRABAJO QUE SE ENCUENTRA A CARGO DEL DESARROLLO DE PROGRAMAS ESPECIFICOS DE LOS CENTROS DE ATENCION DEL PROCESO AMBULATORIO DIRIGIDOS A LA POBLACION OBJETO DEL CONTRATO PARA EL RESPECTIVO SEGUIMIENTO | ASIGNACION DE BASE CRONICOS A JEFE DE ENFERMERIA Y AUXILIARES DE ENFERMERIA PARA REALIZAR SU RESPECTIVO SEGUIMIENTO |
| 4 | REPORTAR EVENTOS DE NOTIFICACION OBLIGATORIA CON LA OPORTUNIDAD ESTABLECIDA EN LA NORMA VIGENTE | REVISION DE DOCUMENTO PROCEDIMIENTO DE ATENCION AMBULATORIA DE POBLACION DE ASILAMIENTO PREVENTIVO OBLIGATORIO ENFASIS EN POBLACION ADULTA MAYOR PARA AJUSTE DE ATENCIONES | |
| 5 | CUMPLIR CON LAS NORMAS DE BIOSEGUIRIDAD, LIMPIEZA Y DESINFECCION CONFORME A LOS PROTOCOLOS Y GUIAS INSTITUCIONALES | SE UTILIZA ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL ACORDE A LAS NORMAS DE BIOSEGUIRIDAD | |
| 6 | APOYAR EL PROCESO DE GESTION Y OPERACION DEL BAI, SIVIGILA, IAAS, EEVV, PATOLOGIAS Y EVENTOS DE ALTO COSTO, SEGUIMIENTO Y MONITOREO DE COHORTES SEGUN GRUPOS DE RIESGO PRIORIZADOS EN EL MARCO DE LAS MIAS | | |
| 7 | APOYAR EL PROCESO DE GESTION DE FUENTES DE INFORMACION Y BASES DE DATOS RELACIONADAS CON LAS COHORTES DE SEGUIMIENTO | REVISION DE COHORTE PARA ORGANIZACION DE TRABAJO ACORDE A NUEVOS LINEAMIENTOS | |
| 8 | | | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |

**Observaciones: 167 HORAS**

**Nota:** Es deber contractual anexar la certificación del pago a Salud, pensión y ARL. En caso de tener contrato nuevo adjuntar el soporte de afiliacion al Sistema General de Seguridad Social en Salud como cotizante y afiliacion a pensión. Teniendo en cuenta que con la implementacion del Decreto 1273 de 2018 el pago de aportes se hace de manera semanal de acuerdo con las fechas establecidas en el Decreto 1990 de 2016

Carolina Aparicio
**Firma del Contratista**
**C.C.** 24 060 000 **de** SATIVANORTE BOYACA

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 1 | |
|---|---|
| **NOMBRE:** | EDILSA ESTHER MAURY BELLO |
| **CARGO:** | LIDER AMBULATORIOS |
| **FIRMA** | |

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 2 | |
|---|---|
| **NOMBRE:** | MELBA LUCIA QUINTERO FRANCO |
| **CARGO:** | LIDER ENFERMERIA |
| **FIRMA** | |

Cuenta de cobro 001 - 2022

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

**Nit. 900.959.051-7**

**DEBE A:**

CAROLINA APARICIO ANGARITA
C.C. 24060000 de Ciudad SATIVANORTE

**LA SUMA DE:**

**DOS MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL TRECIENTOS PESOS ($2.989.300)**

Por concepto de:

- Prestación de servicios Profesionales en cumplimiento del contrato No PS 3843 de 2022 correspondiente del 04 al 28 de febrero 2022

OBJETO: PRESTAR SUS SERVCIOS PERSONALES DE APOYO, EN SU CONDICION DE PROFESIONAL DE ENFERMERIA PARA LA EJECUCION DE ACTIVIADES ASISTENCIALES EN LOS DIFERENTES SERVICIOS CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

**Cordialmente,**

Carolina Aparicio

Carolina Aparicio Angarita
C.C. 24060000 de Sativa norte (Boyacá)
Teléfono: 3112680953
Dirección: carrera 78 F # 0-33 Kennedy
No Cuenta: 0550452900108393

Fecha: 28 de febrero 2022

ASOPAGOS s.a.

| | |
|---|---|
| RAZON SOCIAL : | APARICO ANGARITA CAROLINA |
| IDENTIFICACION: | CC-24060000 |
| COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| FECHA GENERACION REPORTE: | 2022-02-10 |
| FECHA LIMITE DE PAGO: | 2022-02-02 |
| FECHA DE PAGO: | 2022-02-01 |
| ENTIDAD DE PAGO: | BANCO DAVIVIENDA |
| PERIODO PENSION: | 2022-01 |
| PERIODO SALUD: | 2022-01 |
| NUMERO PLANILLA: | 8617616118 |
| TOTAL COTIZANTES: | 1 |
| REFERENCIA DE PAGO (PIN): | 8698497700 |
| TIPO DE PLANILLA: | I |

| CODIGO ENTIDAD | NIT | NOMBRE | NUMERO AFILIADOS | IBC | FONDO SOLIDARIDAD | FONDO SUBSISTENCIA | TOTAL INTERESES | VALOR PAGAR SIN INTERESES | VA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS005 | 800251440 | SANITAS | 1 | $ 1.332.760 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 166.600 | |
| 230301 | 800224808 | PORVENIR | 1 | $ 1.332.760 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 213.300 | |
| 14-11 | 890903790 | ARL SURA | 1 | $ 1.332.760 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 32.500 | |
| | | | | Total a pagar | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 412.400 | |

| | |
|---|---|
| FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES: | 02/03/2022 |

DIAN
POR UNA COLOMBIA MAS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14793294378

(415)7707212489984(8020) 000001479329437 8

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|---|
| 2 4 0 6 0 0 0 0 | 4 | Impuestos y Aduanas de Sogamoso | 2 6 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | 27. Fecha expedición |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 2 4 0 6 0 0 0 0 | 2 0 0 1 0 8 0 9 |

| Lugar de expedición / 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Boyacá 1 5 | Sativanorte 7 2 0 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| APARICIO | ANGARITA | CAROLINA | |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Boyacá 1 5 | Sativanorte 7 2 0 |

41. Dirección principal
CL 4 2 02

42. Correo electrónico enfermeracarolinaparicio@gmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 1 1 2 6 8 0 9 5 3 | |

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código | 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 8 6 9 2 | 2 0 0 4 0 6 0 1 | | | | | | 2 2 2 4 | |

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 53. Código 2 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

20- Obtención NIT

### Obligados aduaneros

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 54. Código | | | | | | | | | |
| 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
| | | | | | | | | | |

### Exportadores

| 55. Forma | 56. Tipo | Servicio | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 57. Modo | | | |
| | | 58. CPC | | | |

**IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación**

### Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2022 - 02 - 11 / 10 : 59: 57

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre APARICIO ANGARITA CAROLINA
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO