Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
APOYO – GESTION 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 5724 2022 **C.D.P. No.:** 2961

Proceso que pertenece: CONVENIO 0002-2022
Servicio al que pertenece: CONSULTA EXTERNA
Unidad a la que pertenece: UMHES SANTA CLARA

Nombre del Contratista: ALIX JOHANNA RODRIGUEZ PINZON **C.C.** 52.372.467 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2022-09-14 **Fecha Terminación inicial:** 2022-10-08 **Valor Mensual:** $ 2.299.448 **Valor a cobrar:** $ 2.299.448

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 3.299.208	3261	2022-10-09	2022-11-07
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO PLANILLA
1	SEPTIEMBRE	$ 1.299.688			
2	OCTUBRE	$ 2.299.448	$ 309.400	97458721	13/10/2022
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 1.992.855	$ 5.292.063	$ 3.599.136	$ 1.692.927

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E, CONVENIO 0002 DE 2022

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 01-10-2022 **Hasta:** 2022-10-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO	
		ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUTO O EVIDENCIA
1	Este perfil sera el encargado de hacer el primer contacto en cada predio para la presentación de los equipos de trabajo el objetivo de la vista y obtener la aprobacion para el ingreso de los equipos de valoracion integral, de acuerdo con la respuesta obtenida se realizara la clasificacion de la visita, como se describe a continuacion: •Visita efectiva convencion (E): es la familia que esta en disposicion de recibir atencion de los EAC , indagara la sobre la presencia de poblacion priorizada y EAPB de afiliacion. Si algun integrante corresponde a poblacion priorizada o se encuentra afiliado capital salud, se dara paso a la intervencion por parte de medicina general, de lo contrario se asignara el perfil de enfermeria. •Visita ausente convencion (A): es aquella en la que la caracterizacion no pudo ser realizada debido a que nadie atendio el llamado o a que la persona residente no pudo recibirla. •Visita fallida convencion (F): categoria asignada tras tres (3) intentos, en dias y horarios diferentes, de ubicar una persona que atienda la visita. •Visita rechazada convencion (R): aquella que no puede realizarse debido a que persona (residente, acudiente o cuidador de la vivienda) no autoriza su realizacion por razones de seguridad, salud o desinteres. •Predio de uso no residencial convencion (NR): Es un espacio independiente y separado que constituye parte, o la totalidad de una edificacion cuyos usos pueden ser economico, industrial, comercial (e) parqueadero, panaderia, ferreteria, lote, etc.). En esta categoria tambien se incluyen las viviendas no habitadas.	Entregar el fromato coprrespondiente diligenciado en base a las visitas y su clasificacion	Mapa con las convenciones de acuerdo al proceso, Plantilla de control diligenciada y Relación de usuarios para la gestión del grupo de apoyo
2	En el caso de que la visita sea efectiva, el dinamizador debe indagar sobre: 1.Direccion del domicilio 2. Nombre de quien atiende la visita 3. Documento de identidad 4. Telefono de contacto 5.Afiliacion a EAPB 6.Numero de integrantes del hogar 7.Numero de integrantes con prioridad 8.Determinación de profesional que intervienе. 9.Posteriormente debe realizar la siguiente convención en el mapa a.Gestante: triangulo b.Menos de 5 años: circulo c.usuarios con patologia cronica (HTA, EPOC, DM). Asterisco d.Persona con discapacidad o cuidado.	Entregar el formato coprrespondiente diligenciado en base a las visitas y su clasificacion solicitar la informacion que requiere dicho	Mapa con las convenciones de acuerdo al proceso, Plantilla de control diligenciada y Relación de usuarios para la gestión del grupo de apoyo
3	Al finalizar las intervenciones del dia, debe recoger los datos de los usuarios que tuvieron ordenes de laboratorio clinico, dispensación de medicamentos, consultas y otras solicitudes en salud y entregarlas al grupo de apoyo para su gestion.	se verifica historia clinica del usuario para hacer el respectivo diligenciamiento	Mapa con las convenciones de acuerdo al proceso, Plantilla de control diligenciada y Relación de usuarios para la gestión del grupo de apoyo
4	Asistencia al comite	cumplir con las funciones establecidas	Mapa con las convenciones de acuerdo al proceso, Plantilla de control diligenciada y Relación de usuarios para la gestión del grupo de apoyo
5	Entre otras actividades que permitan la ejecucion del convenio	cumplir con las demas funciones que requiera el convenio en base al perfil establecido	Mapa con las convenciones de acuerdo al proceso, Plantilla de control diligenciada y Relación de usuarios para la gestión del grupo de apoyo
6			

Observaciones:

Nota: Es deber contractual anexar la certificacion 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 afiliación a pensión., Teniendo en cuenta que con la implementacion del Decreto 3273 de 2018 el pago de aportes se hace de manera vencida de acuerdo con las fechas establecidas en el Decreto 1990 de 2016

Alix Rodriguez
Firma del Contratista

C.C. 52.372.467 **de** Bogota

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 1	
NOMBRE:	Andrei Alexi Rojas Martinez
CARGO:	Director Tecnico Servicios Ambulatorios
FIRMA	

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 2	
NOMBRE:	N/A
CARGO:	N/A
FIRMA	N/A

V.B. Prep

Cuenta de cobro 002- 2022

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

DEBE A:

ALIX JOHANNA RODRIGUEZ PINZON
C.C. 52.372.467 DE BOGOTA

LA SUMA DE:

DOS MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL PESOS M/CTE

(**$2.299.448**)

Por concepto de:

- Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del **contrato No PS 5724 - 2022** correspondiente del 1 al 31 de octubre de 2022.

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS TÉCNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E, CONVENIO 0002 DE 2022.

Cordialmente,

Alix Rodriguez

ALIX JOHANNA RODRIGUEZ PINZON
C.C. 52.372.467
Teléfono: 3144115372 Dirección: Tv 23 Bis No. 44A-39 Sur Apto 502 Edificio Plentzia
No Cuenta Ahorro o Corriente: 24093270085
Banco: BANCO: CAJA SOCIAL
Fecha: 31 de octubre 2022.

SuAporte| REPORTEINDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2022-10-13 03:17:25 PM TipoPlanilla I Número Planilla 97458721

Periodo Cotización 202209 Periodo Servicio 202210

Cliente:

PAGADA 2022-10-13

I.DATOSDEL APORTANTE

Razón Social	RODRIGUEZ PINZON ALIX JOHANNA				
Documento	CC 52372467	**Dirección**	CALLE46 SUR #22A - 43		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3144115372		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	CUNDINAMARCA		
Representante Legal	RODRIGUEZ PINZON ALIX JOHANNA	**Identificación**	CC 52372467		

I. DATOSDEL AFILIADO

Documento	CC 52372467		Residente		Exonerado	N	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	03	00					RODRIGUEZ PINZON ALIX JOHANNA	110013000- 11		BOGOTA

II. APORTEPOR CADAUNADE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS ALAFILIADO:

Novedades																				Item	S. Integral	Salario	Pensión								Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	as AFP	as EPS	ARP	CCF				Cód			P	IBC	T Apo AF	T F	FSPS	Cód	Cód Tras	Tarifa	IBC E	Aporte					IBC	Aport			C		C			
																						$906.52	2302…			1	$0	$145.40	1		EPS…		12	$906	$113		14			$90…	$22…								

IV. TOTALES

TotalAportesPensión	Total Aportes FSP	TotalAportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	TotalAportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PORVENIR	FSPSOLIDARIDAD	FSPSUBSISTENCIA	EPS SURA	SEGUROS BOLIVAR	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$160.000	$0	$0	$125.000	$24.400	$0	$0	$0	$0	$0	$309.400