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 CONTRATACIÓN
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

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

## 1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

| | | | |
|---|---|---|---|
| No. CONTRATO - OPS: | PS 1701 2022 | C.D.P. No.: | 105 |
| Proceso que pertenece: | MISIONAL | | |
| Servicio al que pertenece: | URGENCIAS | | |
| Unidad a la que pertenece: | UMHES SAN BLAS | | |
| Nombre del Contratista: | OMAIRA ANZOLA VARGAS | C.C. | 52.739.868 de BOGOTA |
| Fecha Inicio: | 2022-02-01 | Fecha Terminación incial: | 2022-04-30 |
| Valor Mensual: | $ 1.812.942 | Valor a cobrar: | $ 2.543.967 |

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | $ 824.235 | 1287 | 1/05/2022 | 10/05/2022 |
| 2 | $ 1.471.797 | 1383 | 1/06/2022 | 31/05/2022 |
| 3 | $ 1.559.520 | 1697 | 1/06/2022 | 15/06/2022 |
| 4 | $ 5.565.537 | 1905 | 16/06/2022 | 15/08/2022 |
| 5 | $ 348.943 | 2588 | 16/08/2022 | 21/08/2022 |
| 6 | $ 810.950 | 2639 | 22/08/2022 | 5/09/2022 |
| 7 | $ 1.959.147 | 2859 | 6/09/2022 | 5/10/2022 |
| 8 | $ 3.002.076 | 3204 | 6/10/2022 | 5/11/2022 |
| 9 | $ 2.768.148 | 3610 | 6/11/2022 | 5/12/2022 |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |

| Nº CTA | MES DE CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR | VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL | NÚMERO DE PLANILLA | FECHA DE PAGO PLANILLA |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | FEBRERO | $ 1.760.118 | $ 309.400 | 56549620 | 4/02/2022 |
| 2 | MARZO | $ 2.072.397 | $ 309.400 | 57287414 | 7/03/2022 |
| 3 | ABRIL | $ 1.760.118 | $ 309.400 | 57950383 | 4/04/2022 |
| 4 | MAYO | $ 2.154.087 | $ 309.400 | 58722518 | 5/05/2022 |
| 5 | JUNIO | $ 2.631.690 | $ 309.400 | 59457645 | 7/06/2022 |
| 6 | JULIO | $ 2.524.473 | $ 325.800 | 60205748- 60268371 | 12/07/2022 |
| 7 | AGOSTO | $ 2.456.244 | $ 312.500 | 60975667 | 9/08/2022 |
| 8 | SEPTIEMBRE | $ 2.475.738 | $ 312.500 | 61747289 | 9/09/2022 |
| 9 | OCTUBRE | $ 2.631.690 | $ 332.700 | 62539724 | 12/10/2022 |
| 10 | NOVIEMBRE | $ 2.543.967 | $ 346.900 | 63181874 | 9/11/2022 |
| 11 | | | | | |
| 12 | | | | | |

**Resumen de contrato**

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 5.450.688 | $ 23.761.041 | $ 23.010.522 | $ 750.519 |

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

**OBJETO DEL CONTRATO**

PRESTAR SERVICIOS DE BACHILLER COMO AUTORIZADOR Y ADMISIONISTA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

**Relación de actividades para el periodo:** Desde: 2022-11-01 Hasta: 2022-11-30

| | OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta) | DESCRIPCION DEL DESARROLLO ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 1 | Registrar e ingresar la totalidad de los usuarios en sistema de información Dinámica Gerencial en el módulo de admisiones, dando prioridad a gestantes y niños que consulten por el servicio de urgencias | Registré la totalidad de los usuarios en sistema de información Dinámica Gerencial en el módulo de admisiones, dando prioridad a gestantes y niños que consulten por el servicio de urgencias. | Registro de historia clinica en el aplicativo Dinamica Gerencial. |
| 2 | Registrar la información de los usuarios en el sistema de información DGH tales como N° de documento de identidad, nombres y apellidos, dirección, teléfono, nombre del acompañante | Registré la información de los usuarios en el sistema de información DGH tales como N° de documento de identidad, nombres y apellidos, dirección, teléfono, nombre del acompañante. | Registro de historia clinica en el aplicativo Dinamica Gerencial. |
| 3 | Apoyar el proceso de verificación de ingreso yo reingreso de pacientes en el sistema de formación DGH, adelantando las acciones necesarias para confirmar datos y actualizar la información cuando corresponda | Participé en el proceso de verificación de ingreso yo reingreso de pacientes en el sistema de formación DGH, adelantando las acciones necesarias para confirmar datos y actualizar la información cuando corresponda. | Registro de historia clinica en el aplicativo Dinamica Gerencial. |
| 4 | Verificar en todas las bases de datos (FOSYGA, DNP, BDUA, Comprobador, Web, etc), el estado de afiliación del paciente o los pacientes, tanto por número de documentos como por nombres y apellidos | Verifiqué en todas las bases de datos (FOSYGA, DNP, BDUA, Comprobador, Web, etc), el estado de afiliación del paciente o los pacientes, tanto por número de documentos como por nombres y apellidos. | Registro de historia clinica en el aplicativo Dinamica Gerencial. |
| 5 | Imprimir y guardar registro en SIES Todos los pantallazos de afiliación del paciente | Imprimí y guardé registro en SIES Todos los pantallazos de afiliación del paciente. | Historia clinica en Dinamica Gerencial. |
| 6 | Apoyar y entregar los formatos de consulta de urgencias a los usuarios los pacientes que lo requieran | Entregué los formatos de consulta de urgencias a los usuarios los pacientes que lo requieran. | Registro de historia clinica en el aplicativo Dinamica Gerencial. |
| 7 | Realizar las acciones necesarias para generar la factura de TRIAGE cuando corresponda | Realicé las acciones necesarias para generar la factura de TRIAGE cuando corresponda. | Historia clinica en Dinamica Gerencial. |
| 8 | Verificar en todos los casos la segundad social del paciente, independientemente que esta ya haya sido identificada por admisiones y definir linea de pago | Verifiqué en todos los casos la segundad social del paciente, independientemente que esta ya haya sido identificada por admisiones y definir linea de pago. | Registro de historia clinica en el aplicativo Dinamica Gerencial. |
| 9 | Realizar el censo de pacientes que se encuentra en el servicio a cargo, verificando cama por cama contra historia clinica los procedimientos realizados, el estado de afiliación del paciente y realizar las correcciones en casos en los que se detecten errores en la definición de linea de pago | Realicé el censo de pacientes que se encuentra en el servicio a cargo, verificando cama por cama contra historia clinica los procedimientos realizados, el estado de afiliación del paciente y realizar las correcciones en casos en los que se detecten errores en la definición de linea de pago. | Reporte de capacidad instalada y ocupación. |
| 10 | Realizar la hospitalización y asignación de cama en DGH de todos los pacientes a cargo | Realicé la hospitalización y asignación de cama en DGH de todos los pacientes a cargo. | Reporte de capacidad instalada y ocupación. |
| 11 | Realizar contacto con las Entidades para reporte solicitud de autorización de la atención de urgencias, orden de Hospitalización procedimientos adicionales a través de los medios establecidos en la Resolución 3047/2018 garantizando que se realicen los 3 reportes como lo indica la normatividad todo debidamente soportado | Realicé contacto con las Entidades para reporte solicitud de autorización de la atención de urgencias, orden de Hospitalización procedimientos adicionales a través de los medios establecidos en la Resolución 3047/2018 garantizando que se realicen los 3 reportes como lo indica la normatividad todo debidamente soportado. | Correspondencia tramitada por correo electronico y a travez del grupo de Autorizaciones y Admisiones. |
| 12 | Verificar en el correo electrónico las respuestas dadas por las diferentes entidades a quienes se les haya reportado un servicio y dar respuesta oportuna a sus requerimientos, con el fin de garantizar que se emita la autorización correspondiente | Verifiqué el correo electrónico las respuestas dadas por las diferentes entidades a quienes se les haya reportado un servicio y dar respuesta oportuna a sus requerimientos, con el fin de garantizar que se emita la autorización correspondiente. | Correspondencia tramitada por correo electronico y a travez del grupo de Autorizaciones y Admisiones. |
| 13 | Registrar en matriz de seguimiento y base de datos (SHES) el resultado de la autorización u observaciones pertinentes en cada solicitud | Registré en la matriz de seguimiento y base de datos (SHES) el resultado de la autorización u observaciones pertinentes en cada solicitud. | Correspondencia tramitada por correo electronico y a travez del grupo de Autorizaciones y Admisiones. |
| 14 | Reportar a la dependencia de Trabajo Social o la que haga sus veces los casos donde deben intervenir identificación o novedades en afiliación | Reporté a la dependencia de Trabajo Social o la que haga sus veces los casos donde deben intervenir identificación o novedades en afiliación. | Informes entregados a trabajo social. |
| 15 | Verificar que toda factura que se genere por el servicio de urgencias cuente con la autorización correspondiente | Verifiqué que toda factura que se genere por el servicio de urgencias cuente con la autorización correspondiente. | Correspondencia tramitada por correo electronico y a travez del grupo de Autorizaciones y Admisiones. |
| 16 | Entregar contra registro en libro de reporte de la totalidad de las novedades que se presenten en ejecución del objeto contractual | Registré en el libro de reporte de la totalidad de las novedades que se presenten en ejecución del objeto contractual. | Informe de actividades entregado a la supervisión del contrato. |
| 17 | Actualización en cuanto a la normatividad vigente en el SGSSS | Actualicé en cuanto a la normatividad vigente en el SGSSS. | Correo Autorizaciones y Admisiones |
| 18 | Asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el área | Participé a las reuniones y capacitaciones programadas por el área. | Registro en las actas de asistencia a capacitaciones. |
| 19 | Realizar las demás actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor de contrato. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato | Realicé las actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor de contrato. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato. | Informe de actividades entregado a la supervisión del contrato. |

**Observaciones:**

SIN NOVEDAD

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

**Firma del Contratista**

C.C. 52.739.868 de BOGOTA

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 1 | |
|---|---|
| | MARIA ANGELINA QUIÑONES SANDOVAL |
| CARGO: | DIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05 |
| FIRMA | |

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 2 | |
|---|---|
| NOMBRE: | DANIEL HUMBERTO FLOREZ ZAMBRANO |
| CARGO | PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 29 |
| FIRMA | |

**CUENTA DE COBRO No.** 10

**FECHA 30/11/2022**

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD**
**CENTRO ORIENTE E.S.E.**
**Nit. 900.959.051.7**

**DEBE A:**

**OMAIRA ANZOLA VARGAS**
**C.C. 52.739.868**

**LA SUMA DE**

**DOS MILLONES QUINIENTOS CUARENTA Y TRES MIL NOVECIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS ($2.543.967)**

Por concepto de **261 HORAS**, Honorarios por Prestación de Servicios en cumplimiento del Contrato No. **PS 1701 2022**, con afiliación a **ARL RIESGO 3** correspondiente al mes de **NOVIEMBRE DE 2022**.

OBJETO: **PRESTAR SERVICIOS DE BACHILLER COMO AUTORIZADOR Y ADMISIONISTA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.**

Cordialmente,

**OMAIRA ANZOLA VARGAS**
**C.C. No. 52.739.868**
**Teléfono: 3208728484 DIRECCION: Calle 74 1c 13- sur**
**N° DE CUENTA: 675941566 CUENTA DE AHORROS AV VILLAS**

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 | 52739868 | OMAIRA ANZOLA VARGAS | | CL 74 1C-13 SUR | 7627876 | mairis0287@gmail.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 | |
| 2022-10 | 2022-10 | I | 09/11/2022 | 63181874 | $346.900 | |

## 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 | 131.600 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 131.600 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 231001 | Colfondos | 800227940-6 | 168.500 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 168.500 | 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 | | | | | | | | | | |
| 14-7 | Seguros Bolivar S.A. | 860002503-2 | 25.700 | | | | 25.700 | 0 | 0 | 25.700 | | | 257 | 25.700 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CCF24 | Compensar Caja | 860066942-7 | 21.100 | 0 | 0 | 21.100 | 1 |

**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 | 131.600 | 131.600 |
| Pensión | 1 | 168.500 | 168.500 |
| Riesgos Laborales | 1 | 25.700 | 25.700 |
| CCF | 1 | 21.100 | 21.100 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 4 | 346.900 | 346.900 |

PAGADA

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