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
VERSIÓN: 03
FECHA: 2021-12-27

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 2440 2022	**C.D.P. No.:**	105	**Proceso que pertenece:**	MISIONAL
				Servicio al que pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS
				Unidad a la que pertenece:	UMHES SANTA CLARA

Nombre del Contratista:	DAVID FABIAN RAMIREZ SOTO	**C.C.**	1.022.949.595	**de:**	BOGOTÁ D.C.
Fecha Inicio:	2022-02-01	**Fecha Terminación inicial:**	2022-04-30	**Valor Mensual:**	$ 1.815.437
				Valor a cobrar:	$ 945.500

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 1.762.560	1000	2022-05-01	2022-05-31
2	$ 52.877	1570	2022-05-18	2022-05-31
3	$ 550.800	1705	2022-06-01	2022-06-15
4	$ 0	0	2022-06-16	2022-08-15
5	$ 2.647.512	1905	2022-06-24	2022-08-15
6	$ 272.304	2586	2022-08-16	2022-08-21
7	$ 1.089.216	2643	2022-08-22	2022-09-05
8	$ 1.134.600	2859	2022-09-06	2022-10-05
9	$ 0	3204	2022-10-06	2022-11-05
10	$ 1.134.600	3610	2022-11-06	2022-12-05
11	$ 340.380	3851	2022-12-06	2022-12-20
12	$ 945.500	4070	2022-12-21	2023-01-20

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NUMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO PLANILLA
1	FEBRERO	$ 1.762.560	$ 309.360	1043935039	14/02/2022
2	MARZO	$ 1.762.560	$ 309.400	1043935963	10/03/2022
3	ABRIL	$ 1.762.560	$ 309.400	1044611902	6/04/2022
4	MAYO	$ 1.474.980	$ 309.500	1045213455	9/05/2022
5	JUNIO	$ 1.134.600	$ 309.360	1048899356	14/06/2022
6	JULIO	$ 1.134.600	$ 309.360	1046802708	13/07/2022
7	AGOSTO	$ 1.134.600	$ 309.400	1047468910	11/08/2022
8	SEPTIEMBRE	$ 1.134.600	$ 309.400	1048162688	16/09/2022
9	OCTUBRE	$ 945.500	$ 309.400	1048982005	18/10/2022
10	NOVIEMBRE	$ 945.500	$ 309.400	1049669068	9/11/2022
11	DICIEMBRE	$ 945.500	$ 309.400	1050196045	12/12/2022
12					

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 5.287.680	$ 15.218.029	$ 14.137.560	$ 1.080.469

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIO TECNICO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA II PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2022-12-01 **Hasta:** 2022-12-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las establecidas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUTO O EVIDENCIA
1	Realizar los estudios de sueño basal y de titulacion.	Realizo los estudios de sueño de acuerdo a solicitud.	Se realiza estudio de sueños basales según programacion, ademas de registro durante la noche en formato establecido. Se realiza socializacion y educacion a usuarios y familiares de los requisitos para los procedimientos realizados en el servicio (formato MI-DT-FT-277).
2	Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos tanto en medio magnetico propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	Cumple con realizar actividades de educación a usuarios, familiares conforme a lo requerido en la subred.	No aplica
3	Diligenciar el consentimiento informado acorde con la atencion brindada.	Cumple con realizar actividades de educación a usuarios, familiares conforme a lo requerido en la subred.	Realizo divulgación y socializacion a usuarios y familiares de deberes y derechos definidos por la Subred.
4	Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos, guias, manuales, protocolos y demas establecidos por la entidad, asi mismo apoyar la implementacion de los mismos.	Cumple con las normas de bioseguridad, limpieza y desinfección conforme a los protocolos y guías institucionales.	Realizo limpieza y desinfeccion de las areas y superficies del servicio de polisomnografia y de equipos biomedicos. (formato MI-TV-FT-052). Realizacion de limpieza y organización de inmsumos requeridos en el servicio.
5	Apoyar las actividades relacionadas con el proceso de acreditacion de la Sub Red Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente. E.S.E	Cumple con apoyar el proceso relacionado con gestión de fuentes de información.	Revison para actualizacion de documentos propios para el servicio de polisomnografia.
6	Realizar el lavado de manos de acuerdo con tecnica multimodal.	Cumple con realizar el lavado de manos en los cinco momentos	Se realiza el lavado de manos en los cinco momentos
7	Participar en las jornadas de capacitacio, induccion, reuniones y eventos a los cuales sean convocado.	Cumple con asistir a las capacitaciones, induccion y reinduccion, reuniones a las cuales es convocado	No aplica
8	Garantizar la integridad y adecuado funcionamiento de los equipos, elementos e instalaciones, asi como la utilizacion racional de los recursos que la Subred.	Cumple con garantizar con garantizar el funcionamiento de los equipos.	Garantizo la seguridad y buen funcionamienteo de los equipo
9	Entrega y divulgacion de derechos y deberes a los usuarios atendidos.	Cumple con entregar a los usuarios del deber y el derecho	Realizo la entrega del deber y el derecho a los usuarios que asisten al servicio
10	Velar por que la atencion sea humana, eficaz, calida con todos y cada uno de lo usuarios que requiera el servicio.	Cumple con brindar a los pacientes una atencion eficaz .	Atiendo a los usuarios con atencion eficaz y humana en las actividades asignadas

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 VERSIÓN: 03 FECHA: 2021-12-27

Observaciones: 100 HORAS REALIZADAS EN EL MES DE DICIEMBRE 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. 1.022.949.595 de BOGOTÁ D.C.

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 1	
NOMBRE:	IVAN DARIO OCHOA PELAEZ
CARGO:	DIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05
FIRMA	

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 2	
NOMBRE:	IVAN DARIO OCHOA PELAEZ
CARGO:	DIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05
FIRMA	

CUENTA DE COBRO No. 11

FECHA: 31/12/2022

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

Nit. 900.959.051-7

DEBE A:

DAVID FABIAN RAMIREZ SOTO
C.C. 1.022.949.595deBOGOTÁ D.C.

LA SUMA DE:

NOVECIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS PESOS M/CTE($945.500)

Por concepto de:

- Honorarios Prestación de servicios en cumplimiento del contrato No PS 2440 2022, con afiliación a ARL RIESGO 3,correspondiente al mes de DICIEMBRE DE 2022.

OBJETO: PRESTAR SERVICIO TECNICO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA II PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Cordialmente,

DAVID FABIAN RAMIREZ SOTO
C.C. 1.022.949.595
Teléfono: 3026711012Dirección:CL 48 S 5H 18
No Cuenta: 562074997CUENTA DE AHORROSBANCO DE BOGOTA

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Simple

Fecha creación reporte 2022-12-12, 04:55:44 PM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1050196045 **Referencia pago(PIN)** 8841290030

Periodo Cotización 202211 **Periodo Servicio** 202211

Cliente:

PAGADA 2022-12-12

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	DAVID FABIAN RAMIREZ SOTO		
Documento	CC 1022949595	Dirección	CL 48P SUR #5 HG - 18 BOCHICA
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3108800210
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO — Total Afiliados: 1
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1022949595		Residente		Exonerado	N	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	59	00					RAMIREZ SOTO DAVID FABIAN	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Extranjero	Tipo salario	Salario
															0	30	30	30	0			$ 1.000.000

Pensión							Salud					
Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC
230301		16 %	$ 1.000.000	$ 160.000	$ 0	$ 0	EPS002		12,5 %	$ 1.000.000	$ 125.000	$ 0

Riesgos					Caja				Parafiscales			
Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
14-7	3	2,436 %	$ 1.000.000	$ 24.400	NIN-CC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	SALUD TOTAL EPS	SEGUROS BOLIVAR	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 160.000	$ 0	$ 0	$ 125.000	$ 24.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 309.400

Lineas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 -
¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!