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 2245 2022	**C.D.P. No.:**	105	**Proceso que pertenece:**	AMBULATORIOS
				Servicio al que pertenece:	CONSULTA EXTERNA
				Unidad a la que pertenece:	HOSPITAL SANTA CLARA

Nombre del Contratista: WENDY LORAINE PEÑA ARIZA **C.C.** 1.063.563.387 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2022-02-01 **Fecha Terminación inicial:** 2022-05-31 **Valor Mensual:** $ 1.739.720 **Valor a cobrar:** $ 1.739.720

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 1.689.120	993	01/05/2022	31/05/2022
2	$ 4.039.200	1704	16/06/2022	15/08/2022
3	$ 605.120	2590	16/08/2022	21/08/2022
4	$ 1.239.300	2644	22/08/2022	05/09/2022
5	$ 2.552.850	2859	06/09/2022	05/10/2022
6	$ 2.203.200	3204	06/10/2022	05/11/2022
7	$ 841.450	3592	06/11/2022	05/12/2022
8	$ 892.540	3851	06/12/2022	20/12/2022
9	$ 2.269.200	4070	21/12/2022	20/01/2023
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	$ 1.854.360	$ 309.400	8356235341	11/02/2022
2	MARZO	$ 1.964.520	$ 309.400	57154715	2/03/2022
3	ABRIL	$ 1.817.640	$ 309.400	835802052	6/04/2022
4	MAYO	$ 1.985.550	$ 309.400	8358752698	9/05/2022
5	JUNIO	$ 2.013.915	$ 309.400	8359460542	9/06/2022
6	JULIO	$ 2.004.460	$ 309.400	8360175923	13/07/2022
7	AGOSTO	$ 1.985.550	$ 309.400	8360876418	16/08/2022
8	SEPTIEMBRE	$ 2.042.280	$ 309.400	8361657906	13/09/2022
9	OCTUBRE	$ 2.070.645	$ 309.400	8362419560	11/10/2022
10	NOVIEMBRE	$ 2.004.460	$ 309.400	8363107049	10/11/2022
11	DICIEMBRE	$ 1.739.720	$ 309.400	63872538	9/12/2022
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 6.058.800	$ 22.390.780	$ 21.483.100	$ 907.680

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 DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS 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 estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO	
		ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUTO O EVIDENCIA
1	Atender y orientar a los pacientes y sus familiares en relación con sus necesidades y expectativas de acuerdo con las políticas institucionales y las normas vigentes.	Atendio y orientar a los pacientes y sus familiares en relación con sus necesidades y expectativas de acuerdo con las políticas institucionales y las normas vigentes.	PROGRAMACIÓN CUADRO DE ACTIVIDADES
2	Realizar las actividades de enfermeria y las asignadas por el enfermero profesional, de acuerdo con los procedimientos y protocolos del servicio de consulta externa.	Realizo las actividades de enfermeria y las asignadas por el enfermero profesional, de acuerdo con los procedimientos y protocolos del servicio de consulta externa.	PROGRAMACIÓN CUADRO DE ACTIVIDADES
3	Verificar las agendas de programación de consulta por especialidad.	Verifico las agendas de programación de consulta por especialidad.	PROGRAMACIÓN CUADRO DE ACTIVIDADES
4	Estar pendiente de las novedades que puedan presentar los especialistas (como cambios de agendas, etc.).	Estubo pendiente de las novedades que puedan presentar los especialistas (como cambios de agendas, etc.).	PROGRAMACIÓN CUADRO DE ACTIVIDADES
5	Verificar que las ordenes de procedimientos esté correctamente diligenciado y facturado según los procedimientos solicitados (cantidades).	Verifico que las ordenes de procedimientos esté correctamente diligenciado y facturado según los procedimientos solicitados (cantidades).	PROGRAMACIÓN CUADRO DE ACTIVIDADES
6	Propender por el cuidado y salvaguarda de los equipos biomédicos, asi como la verificación del funcionamiento de los mismos.	Propendio por el cuidado y salvaguarda de los equipos biomédicos, asi como la verificación del funcionamiento de los mismos.	PROGRAMACIÓN CUADRO DE ACTIVIDADES
7	Estar pendiente de la dotación de insumos del consultorio a cargo, asi como de las fechas de vencimiento y demás requerimientos necesarios.	Estubo pendiente de la dotación de insumos del consultorio a cargo, asi como de las fechas de vencimiento y demás requerimientos necesarios.	PROGRAMACIÓN CUADRO DE ACTIVIDADES
8	Realización de inventario diario de los consultorios asignados.	Realizo de inventario diario de los consultorios asignados.	PROGRAMACIÓN CUADRO DE ACTIVIDADES
9	Mantener el área y los equipos de los consultorios en las condiciones adecuadas de aseo y limpieza.	Mantuvo el área y los equipos de los consultorios en las condiciones adecuadas de aseo y limpieza.	PROGRAMACIÓN CUADRO DE ACTIVIDADES
10	Asistir al médico especialista en la realización de los procedimientos.	Asistio al médico especialista en la realización de los procedimientos.	PROGRAMACIÓN CUADRO DE ACTIVIDADES

Observaciones:
REALIZO 184 HORAS CONSULTA EXTERNA HOSPITAL SANTA CLARA

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.

Wendy Peña Ariza

Firma del Contratista

C.C. 1.063.563.387 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No.1	
NOMBRE:	TATIANA PAOLA CLAVIJO QUESADA
CARGO:	ENFERMERO CODIGO 243 GRADO 20
FIRMA	Tatiana P. Clavijo Q. C.C 40. 52.431.204 Bta Enfermera P.D.J.

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No.2	
NOMBRE:	SANDRA ISABEL LOAIZA GONZALEZ
CARGO:	ENFERMERO CODIGO 243 GRADO 20
FIRMA	

CUENTA DE COBRO No 11 2022

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD

CENTRO ORIENTE E.S.E.

Nit. 900.959.051.7

DEBE A:

WENDY LORAINE PEÑA ARIZA

C.C. No. 1.063.563.387

La suma de:

Un Millón Setecientos Treinta y Nueve Mil Setecientos Veinte Pesos m/cte ($1.739.720)

Por concepto de: 184 Horas

- Honorarios por Prestación de Servicios en cumplimiento del Contrato No. PS 2245 2022, con afiliación a SEGUROS BOLIVAR, RIESGO 3, correspondiente al mes de diciembre de 2022.

OBJETO: PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES, DE MANERA PERSONAL Y AUTÓNOMA, EN SU CONDICIÓN DE AUXILIAR ENFERMERIA PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES, EN LOS DIFERENTES SERVICIOS Y EN LAS UNIDADES QUE SE REQUIERA, CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Cordialmente,

Wendy Peña Ariza.

WENDY LORAINE PEÑA ARIZA
C.C. No. 1.063.563.387
Teléfono: 3015586370
Dirección: Transversal 65A No 1-23
Cuenta de Ahorros: 057000848036956 3 de Davivienda

Fecha: 31/Diciembre/2022

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	1063563387	WENDY LORAINE PEÑA ARIZA	TRANSVERSAL 65A No 1-23	3015586370	wendylorainepa@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	
2022-11	2022-11	I	09/12/2022	63872538	$309.400	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	125.000	0		0		0	0	0	0	125.000	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
230301	Porvenir	800224808-8	160.000	0	0	0	0	0	0		160.000	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	24.400				24.400	0	0	24.400			244	24.400	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	1	125.000	125.000
Pensión	1	160.000	160.000
Riesgos Laborales	1	24.400	24.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	309.400	309.400

PAGADA

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