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 6501 2022 | **C.D.P. No.:** | 3593 | **Proceso que pertenece:** | CONVENIO 0002 - 2022 |
| | | | | **Servicio al que pertenece:** | CONSULTA EXTERNA |
| | | | | **Unidad a la que pertenece:** | UHMES SANTA CLARA |

**Nombre del Contratista:** Anyelica Rocha Gutierrez **C.C.** 1.082.904.813 **de:** SANTA MARTA

**Fecha Inicio:** 2022-11-09 **Fecha Terminación inicial:** 2022-12-31 **Valor Mensual:** $ 2.299.448 **Valor a cobrar:** $ 1.662.101

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |

| Nº CTA | MES DE CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR | VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL | NÚMERO DE PLANILLA | FECHA DE PAGO PLANILLA |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | NOVIEMBRE | $ 537.371 | | | |
| 2 | DICIEMBRE | $ 1.662.101 | $ 309.400 | 24787009 | 9/12/2022 |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |
| 5 | | | | | |
| 6 | | | | | |
| 7 | | | | | |
| 8 | | | | | |
| 9 | | | | | |
| 10 | | | | | |

| Resumen de contrato | VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|---|
| | $ 4.139.006 | $ 4.139.006 | $ 2.199.472 | $ 1.939.534 |

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

**OBJETO DEL CONTRATO**

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

**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 | Realizar el seguimiento presencial y telefónico al 100% de las familias abordadas por los EAC de acuerdo con la prioridad y tiempos establecidos | Se realiza llamadas y visitas y si la prioridad es alta y se presenta una novedad ir cada 15 dias a visitar y hacer la respectiva novedad de oficio. | formato de novedad |
| 2 | Identificar durante la llamada alertas que requieran la intervención nuevamente del grupo base (nuevos integrantes al hogar o se han presentado novedades en la condición de salud de sus miembros, enfermedad, nuevo embarazo, nacimiento o fallecimiento). | Estar atentos a las llamadas que realizamos de acuerdo a las informacion que se nos brinda y asi poder crear un alerta en caso que exista. | Registro en el formato y cuadro de control |
| 3 | Reorientar las acciones convenidas inicialmente de ser necesario, de acuerdo con el seguimiento telefónico. | Si es necesario se vuelve a orientar el usuario y su familia de acuerdo a la informacion entregada. | Registro en el formato y cuadro de control |
| 4 | Elaborar un informe de seguimiento de las llamadas realizadas por el equipo donde se evidencie los avances y dificultades que han tenido las familias de acuerdo con el plan de cuidado concertado | Se realiza informe donde se identifiquen los avances y dificultades que se han obetenido en la familia según la visita y la llamada. | Registro en el formato y cuadro de control - firma de soporte de la visita |
| 5 | Realizar las alertas necesarias que permitan mejorar la adherencia de los usuarios a los planes de cuidado. | En caso que se requiera se realizaran alertas que permitan mejorar y mitigar asi los errores que se siguen presentando. | Registro en el formato y cuadro de control |
| 6 | Conservar la información que se ha capturado durante la ejecución del convenio que está en fisico y/o digital de acuerdo con los lineamientos técnicos de gestión documental vigentes en la Subred y que se convierten en evidencias, para el pago y ejecución | De acuerdo a esto se diligencia como evidencia la historia clinica y se dan igual planes de cuidado para que toda la informacion quede concertada en evidencia de acuerdo a los lineamientos. | Registro en el formato y cuadro de control |
| 7 | Asistencia al comite de salud.8. Entre otras actividades que permitan la ejecucion del CONVENIO 0002 DE 2022. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato | Se asiste a comité de salud del convenio 0002 de 2022 para revisar la ejecucion de las visitas, avences y dificultades. | Firmas y actas de asistencia |

**Observaciones:**

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.

Anyelica Rocha G

**Firma del Contratista**

**C.C.** 1.082.904.813 **de** SANTA MARTA

| 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 |

Vimi Ruiz

**Cuenta de cobro (002) - 2022**

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

**Nit. 900.959.051-7**

**DEBE A:**

Anyelica Rocha Gutiérrez

C.C. 1082904813 de Santa Marta

**LA SUMA DE:**

UN MILLON SEICIENTOS SESENTA Y DOS MIL CIENTO UN PESOS M/CTE

**$ 1.662.101**

Por concepto de:

Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No PS 6501 2022 correspondiente del 1 al 31 de DICIEMBRE 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.**

Anyelica Rocha G

**C.C.:** 1082904813 de Santa Marta
**TELEFONO:** 3043260438
**DIRECCION:** KR 12 Este 27 51 Sur
**NUMERO DE CUENTA:** 488418483316 DE AHORROS
**BANCO:** DAVIVIENDA
**FECHA DE GENERACION DE CUENTA:** 31/12/2022

SOPAGOS s.a.

# CONSULTA EMPLEADO

| | |
|---|---|
| RAZÓN SOCIAL | ANYELICA ROCHA GUTIERREZ |
| IDENTIFICACIÓN APORTANTE | CC-1082904813 |
| SUCURSAL | 0 |
| FECHA PAGO | 2022-12-09 |
| INDENTIFICACION EMPLEADO | CC-1082904813 |
| NOMBRE EMPLEADO | ANYELICA ROCHA GUTIERREZ |
| EPS | COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD |
| AFP | PORVENIR |
| CAJA COMPENSACIÓN | Sin CCF |
| ARL | ARL SURA - SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. |
| NÚMERO PLANILLA | 24787009 |
| REFERENCIA PAGO(PIN) | |
| TIPO PLANILLA | I |
| PERIODO PENSIÓN | 2022-11 |
| PERIODO SALUD | 2022-11 |
| TIPO COTIZANTE | Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes |
| SUBTIPO COTIZANTE | Sin Subtipo |
| ACTIVIDAD ECONÓMICA | 0 |
| NOVEDAD INGRESO INICIAL | |
| NOVEDAD INGRESO FINAL | |

| ING | Fecha ING | RET | Fecha RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | Fecha VSP | VTE | VST | SLN | Fecha Sln Inicio | Fecha Sln Fin | IGE | Fecha Ige Inicio | Fecha Ige Fin | LMA | Fecha LMA | Fecha LMA Fin | VAC | Fecha Vac Inicio | Fecha VAC Fin | AVP | VCT | Fecha VCT Inicio | Fecha VCT Fin | IRL | Fecha IRL Inicio | Fecha Fir |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | |

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

| Días Cot | IBC | Tarifa | Cot. Obligatoria | Cot. Voluntaria | | Total | Fondo de Solidaridad de | Fondo de Subsistencia | Valor no retenido |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Afiliado | Aportante | | | | |
| 30 | 1.000.000 | 0,1600000 | $ 160.000 | $ 0 | $ 0 | $ 160.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

SISTEMA GENERAL DE SALUD

| Días Cot | IBC | Tarifa | Cot. Obligatoria | UPC adicional | Incapacidades E.G | | Licencias de Maternidad o | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | Número Autorización | Valor | Número Autorización | Valor |
| 30 | 1.000.000 | 0,1250000 | $ 125.000 | $ 0 | 0 | $ 0 | 0 | $ 0 |

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

| Días Cot | IBC | Tarifa | Cot. Obligatoria | Código de centro de trabajo |
|---|---|---|---|---|
| 30 | 1.000.000 | 0,0243600 | $ 24.400 | 900959051 |

APORTES PARAFISCALES

| Días Cot | Caja de Compensación Familiar | | | Sena | | | ICBF | | ESAP | | MIN DE EDUCACIÓN | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | IBC | Tarifa | Cot.Obligatori | IBC | Tarifa | Cot. Obligatoria | Tarifa | Cot. Obligatori | Tarifa | Cot. | Tarifa | Cot. Obligatori |
| 0 | 0 | 0.0000000 | $ 0 | 0 | 0,0000000 | $ 0 | 0,0000000 | $ 0 | 0,0000000 | $ 0 | 0,0000000 | $ 0 |

TOTAL COTIZACIÓN EMPLEADO

| Pension | Salud | Riesgos | Parafiscales | Total |
|---|---|---|---|---|
| $ 160.000 | $ 125.000 | $ 24.400 | $ 0 | $ 309.400 |