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 - GESTION DE CONTRATACION
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CODIGO: AP-TA-FT-014
VERSION: 03
FECHA: 2021-12-27

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: PS 6441 2022 | **C.D.P. No.:** 3593 | **Proceso que pertenece:** | **Servicio al que pertenece:** | **Unidad a la que pertenece:** SUBRED SANTA CLARA

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

Fecha Inicio: 2022-12-09 | **Fecha Terminación Inicial:** 2022-12-31 | **Valor Mensual:** $ 2.299.488 | **Valor a cobrar:** $ 2.299.488

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 2.299.488	8080	2023-01-01	2023-01-31
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	NUMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO PLANILLA
1	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
2	[illegible]	$ 2.299.488	[illegible]	[illegible]	[illegible]
3	ENERO	$ 2.299.488	[illegible]	[illegible]	[illegible]
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
	$ 4.139.006	$ 6.438.454	$ 6.360.973	$ 77.481

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

2

PRESTAR SERVICIOS TÉCNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION 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:** 2023-01-01 **Hasta:** 2023-01-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO	
		ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Este perfil será 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 aprobación para el ingreso de los equipos de valoración integral, de acuerdo con la respuesta obtenida se realizara la clasificación de la visita, como se describe a continuación: •Visita efectiva convención (E) : es la familia que está en disposición de recibir atención de los EAC, indagara la sobre la presencia de población priorizada y EAPB de afiliación. Si algún integrante corresponde a población priorizada o se encuentra afiliado capital salud, se dará paso a la intervención por parte de medicina general, de lo contrario se asignará el perfil de enfermería. •Visita ausente convención (A): es aquella en la que la caracterización no pudo ser realizada debido a que nadie atendió el llamado o a que la persona residente no pudo recibirla. •Visita fallida convención (F): categoría asignada tras tres (3) intentos, en días y horarios diferentes, de ubicar una persona que atienda la visita. •Visita rechazada convención (R), aquella que no puede realizarse debido a que la persona (residente, acudiente o cuidador de la vivienda) no autoriza su realización por razones de seguridad, salud o desinterés. •Predio de uso no residencial convención (NR): Es un espacio independiente y separado que constituye parte, o la totalidad de una edificación cuyos usos pueden ser económico, industrial, comercial. (ej. parqueadero, panadería, ferretería, lote, etc.) En esta categoría también se incluyen las viviendas no habitadas	Entregar el formato 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 Dirección del domicilio 2. Nombre de quien atiende la visita 3. Documento de identidad 4. Teléfono de contacto 5.Afiliación a EAPB 6.Número de integrantes del hogar 7.Número de intégrantes con prioridad 8.Determinación de profesional que interviene. 9 Posteriormente debe realizar la siguiente convención en el mapa a Gestante: triangulo b Menor de 5 años: circulo c.usuarios con patología crónica (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 clínico, dispensación de medicamentos, consultas y otras solicitudes en salud y entregarlas al grupo de apoyo para su gestión	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 comité	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 certificación 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 1273 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:	Andrea 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

Powered by CamScanner

Cuenta de cobro 004- 2023

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

LA SUMA DE:

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

($2.299.448)

Por concepto de:

- Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del **contrato No PS 6441 - 2022** correspondiente del 01 al 31 de enero de 2023.

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 44ª 39 sur apto 502 Edificio Plentzia
No Cuenta: 24093270085
Banco: Caja Social
Fecha:31 de enero de 2022

Powered by CamScanner

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2023-01-10, 08:10:18 PM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1051722897

Periodo Cotización 202212 **Periodo Servicio** 202212

Cliente:

PAGADA 2023-01-10 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ALIX JOHANNA RODRIGUEZ PINZON				
Documento	CC 52372467	**Dirección**	TV 23B SUR #44 A - 39		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3017071827		
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 52372467		**Residente**		**Exonerado**	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	57	00					RODRIGUEZ PINZON ALIX JOHANNA	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

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

Novedades																					**Extranjero**	**Tipo salario**	**Salario**	**Pensión**						**Salud**					**Riesgos**					**Caja**				**Parafiscales**			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARL	Días CCF				**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**	**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**
															0	30	30	30	30			$ 1.000.000	230301		16 %	$ 1.000.000	$ 160.000	$ 0	$ 0	EPS010		12.5 %	$ 1.000.000	$ 125.000	$ 0	14-11	3	2.436 %	$ 1.000.000	$ 24.400	CCF22	0.6 %	$ 1.000.000	$ 6.000	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	EPS SURA	ARL SURA	COLSUBSIDIO	SENA	ICBF	ESAP	MEN	$ 315.400
$ 160.000	$ 0	$ 0	$ 125.000	$ 24.400	$ 6.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - Cali: 554 0515 - Medellin: 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!

Powered by CamScanner