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 1100 2023 | **C.D.P. No.:** | 111 | **Proceso que pertenece:** | MISIONAL |
| | | | | **Servicio al que pertenece:** | DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS |
| | | | | **Unidad a la que pertenece:** | CENTRO DE ATENCIÓN PRIORITARIA EN SALUD ANTONIO NARIÑO |
| **Nombre del Contratista:** | MARITZA CAROLINA CHAPARRO HOYOS | **C.C.** | 1.010.182.353 | **de:** | BOGOTÁ D.C. |
| **Fecha Inicio:** | 2023-01-21 | **Fecha Terminación Inicial:** | 2023-04-20 | **Valor Mensual:** | $ 3.361.920 |
| | | | | **Valor a cobrar:** | $ 1.383.290 |

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 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 | ENERO | $ 1.383.290 | 443.100 | 64382146 | 02/01/2023 |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |
| 5 | | | | | |
| 6 | | | | | |
| 7 | | | | | |
| 8 | | | | | |
| 9 | | | | | |
| 10 | | | | | |
| 11 | | | | | |
| 12 | | | | | |

**Resumen de contrato**

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 10.085.760 | $ 10.085.760 | $ 1.383.290 | $ 8.702.470 |

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

**OBJETO DEL CONTRATO**

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO FISIOTERAPEUTA 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:** 2023-01-21 **Hasta:** 2023-01-31

| | 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 LAS ACTIVIDADES, PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS DETERMINADOS DENTRO DEL PLAN DE MANEJO, CON UN ALTO NIVEL CIENTÍFICO, ÉTICO Y HUMANO, DE UNA MANERA OPORTUNA Y PERTINENTE, EN CORRESPONDENCIA CON LAS NECESIDADES DE LOS PACIENTES, Y TENIENDO EN CUENTA QUE TODAS LAS DECISIONES CLÍNICAS GENERADAS EN LA ATENCIÓN MÉDICA PROCURARÁN EL MEJORAMIENTO DE LA | SE REALIZAN ATENCIONES A LOS PACIENTES CON PROCEDIMIENTOA TALES COMO TOMA DE GASES ARTERIALES, TOMA DE MUESTRAS RESPIRATORIAS, REALIZACION DE TERAPIAS,. RESPUESTA A INTERCONSULTAS DE ACUERDO A ORDEN MÉDICA. | SE REALIZA REGISTRO DE PROCEDIMIENTOS REALIZADOS EN TIPO DE HISTORIA CLINICA TEREVO Y RESPUESTA A INTERSONSULTAS EN EL APLICATIVO DINAMICA GERENCIAL |
| 2 | BRINDAR UNA ATENCIÓN EN SALUD BUSCANDO LOS MEJORES ESTÁNDARES DE OPORTUNIDAD, INTEGRIDAD, SUFICIENCIA, CONTINUIDAD Y PERTINENCIA, EN UN AMBIENTE DE ATENCIÓN PERSONALIZADA Y HUMANIZADA, CUMPLIENDO EL PRINCIPIO DE EQUIDAD Y CON ÉNFASIS EN ACTIVIDADES, PROCEDIMIENTOS, PROTOCOLOS, INTERVENCIONES Y GUÍAS | SE REALIZARA LA RESPUESTA DE INTERCONSULTAS EN LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS, SE PRESTARA EL SERVICIO A LOS PACIENTES QUE SE ENCUENTRAN EN LA ENTREGA DE TURNO O DE LOS QUE SE RECIBE LLAMADO PARA LA ATENCIÓN. SE REALIZAN ACCIONES PROPIAS EN EL SERVICIO DE SALA ERA | SE REALIZA REGISTRO DE PROCEDIMIENTOS REALIZADOS EN TIPO DE HISTORIA CLINICA TEREVO Y RESPUESTA A INTERSONSULTAS EN EL APLICATIVO DINAMICA GERENCIAL ADEMAS DE |
| 3 | PRESTAR SUS SERVICIOS ASISTENCIALES RESPETANDO AUTONOMÍA INSTITUCIONAL DE LA SUBRED, SU VISIÓN, MISIÓN, ESTRUCTURA ORGÁNICA REGLAMENTOS ADMINISTRATIVOS, TÉCNICOS, CIENTÍFICOS Y DISCIPLINARIOS, ACOGIENDO LAS DIRECTRICES INSTITUCIONALES | EN LA PRESTACION DEL SERVICIO SE RESPETAN LAS DIRECTICES INSTITUCIONALES Y SE IMPLEMENTA LA PLATAFORMA ESTRATEGICA | REUNIONES DE CAPACITACION SOBRE LA PLATAFORMA ESTRATEGICA |
| 4 | REALIZAR LAS ACTIVIDADES SEGÚN LAS NECESIDADES DE LA SUBRED DANDO CUBERTURA EN TODAS LAS UNIDADES EN DONDE SE OFERTA EL SERVICIO Y SEA REQUERIDO | SE DA COBERTURA A TODOS LOS SERVICIOS, RESPONDIENDO LLAMADOS, INTERCOSNULTAS Y REQUERIMIENTOS | SE CIEUNTA CON UN CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DANDO COBERTURA EN LOS SERVICOS Y UNIDADES |
| 5 | INFORMAR AL PACIENTE Y SU FAMILIA SOBRE LA CONDICIÓN CLÍNICA, PLAN DE MANEJO, ATENCIÓN Y RECOMENDACIONES DE EGRESO, CONOCER EL GRADO DE SATISFACCIÓN SOBRE LOS SERVICIOS PRESTADOS Y RESOLVER INQUIETUDES RELACIONADAS CON EL | SE BRINDA EDUCACIÓN Y ASESORIA EN PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN A LOS CUIDADORES EN ENFERMEDADES RESPIRATORIAS, MANEJO DE OXIGENO DOMICILIARIO Y EN CUIDADOS EN CASA | SE REALIZA REGISTRO DE PROCEDIMIENTOS EDUCATIVOS EN TIPO DE HISTORIA CLINICA TEREVO Y EN DE BASE DE SALA ERA |
| 6 | LLEVAR REGISTRO DE LAS ACTIVIDADES, PROCEDIMIENTOS E INTERVENCIONES, ASÍ COMO MANTENER ACTUALIZADOS LOS INFORMES ESTADÍSTICOS DEFINIDOS POR LA INSTITUCIÓN Y TODOS AQUELLOS REGISTROS NECESARIOS PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS PROCESOS DE | SE ELABORAN INFORMES DE ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES Y SE ENTREGA A LIDER DEL PROCESO | DILIGENCIAMIENTO DE FORMATO DE FACTURACION, FORMATO DE INFORME MENSUAL ACTIVIDADES |
| 7 | RESPETAR LOS DERECHOS DEL PACIENTE, CUMPLIR EL CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA Y LAS DISPOSICIONES LEGALES PERTINENTES PROPIAS DE LOS SERVICIOS EN DONDE SE PRESTE LA ATENCIÓN | CUMPLIR Y SOCIALIZAR LOS DERECHOS Y DEBERES DE LOS PACIENTES | NO SE REQUIRIO |
| 8 | REALIZAR EL SEGUIMIENTO Y CONTROL A PACIENTES EN LOS QUE SE REQUIERA SU PARTICIPACIÓN E IMPARTIR INSTRUCCIONES AL EQUIPO DE SALUD SOBRE LOS PROCEDIMIENTOS ORDENADOS | SEGUIMIENTO A ESTADO DE SALUD DE PACIENTES SALA ERA, | BASE DE REGISTRO SALA ERA CON SEGUIMIENTO A LAS 8 HORAS Y 7 DIAS |
| 9 | EMITIR CONCEPTOS MÉDICOS QUE SE LE REQUIERAN, REALIZAR RESÚMENES DE HISTORIA CLÍNICA, EPICRISIS U OTROS DOCUMENTOS ASISTENCIALES O ADMINISTRATIVOS QUE SEAN SOLICITADOS | SE REALIZA EVOLUCIÓN DE TODO PROCEDIMIENTO O TRATAMIENTO REALIZADO AL PACIENTE PARA SU POSTERIOR REVISIÓN | SE REALIZA REGISTRO DE PROCEDIMIENTOS REALIZADOS EN TIPO DE HISTORIA CLINICA TEREVO Y RESPUESTA A INTERSONSULTAS EN EL APLICATIVO |
| 10 | DILIGENCIAR EN FORMA COMPLETA, OPORTUNA, SISTEMATIZADA Y LEGIBLE (EN LOS CASOS EN QUE SE PRESENTEN FALLAS DEL SISTEMA), LOS FORMATOS, LA HISTORIAS CLÍNICAS, CONSENTIMIENTO INFORMADO, REPORTES DE ESTUDIOS Y DEMÁS REGISTROS PROPIOS DE | SE DILIGENCIA DOCUMENTO DE HISTORIA CLÍNICA ENFATIZANDO LA CONFIDENCIALIDAD Y ÉTICA DURANTE EL MANEJO DE ESTA. | SE REALIZA REGISTRO DE PROCEDIMIENTOS REALIZADOS EN TIPO DE HISTORIA CLINICA TEREVO Y RESPUESTA A INTERSONSULTAS EN EL APLICATIVO |
| 11 | GARANTIZAR LA DEBIDA RESERVA DE LA INFORMACIÓN DEL PACIENTE Y DE LOS REGISTROS CLÍNICOS | SE DILIGENCIA DOCUMENTO DE HISTORIA CLÍNICA ENFATIZANDO LA CONFIDENCIALIDAD Y ÉTICA DURANTE EL MANEJO DE ESTA. | SE REALIZA REGISTRO DE PROCEDIMIENTOS REALIZADOS EN TIPO DE HISTORIA CLINICA TEREVO Y RESPUESTA A INTERSONSULTAS EN EL APLICATIVO |
| 12 | GARANTIZAR LA INTEGRIDAD Y ADECUADO FUNCIONAMIENTO DE LOS EQUIPOS, ELEMENTOS E INSTALACIONES, ASÍ COMO LA UTILIZACIÓN RACIONAL DE LOS RECURSOS QUE LA SUBRED APORTE AL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES CONTRATADAS Y | ADECUADO USO DE ELEMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS EN EL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES. | FORMATO DE LIMPIEZA Y DESINFECCION DE LOS EQUIPOS, ELEMENTOS. REPORTE DE SUCESOS DE SEGURIDAD POR TECNOVIGILANCIA |
| 13 | REPORTAR AL ÁREA DE RECURSOS FÍSICOS - ACTIVOS FIJOS DE LA SUBRED, LOS EQUIPOS DE PROPIEDAD DEL CONTRATISTA, QUE SE DESTINE A LAS ACTIVIDADES ASISTENCIALES | EN CASO DE PORTAR EQUIPOS AJENOS A LA INSTITUCIÓN. | REPORTE OPORTUNO A ÁREA ENCARGADA |
| 14 | PARTICIPAR ACTIVAMENTE EN EL DESARROLLO, IMPLEMENTACIÓN Y CUMPLIMIENTO DE LAS POLÍTICAS INSTITUCIONALES, SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN, ACREDITACIÓN, SEGURIDAD DEL PACIENTE Y DEMÁS ACTIVIDADES ENMARCADAS DENTRO DEL SISTEMA | LEER LOS FORMATOS DE LA INSTITUCIÓN, CONOCER LA INSTITUCIÓN, PLATAFORMA ESTRATEGICA | A TAVÉS DE LA PAGINA WEB Y ALMERA, CONSULTAS A LOS DIFERENTES APLICATIVOS DE LA INSTITUCION |
| 15 | PARTICIPAR EN LA PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES DEL SERVICIO | ASISTIR A REUNIONES, CAPACITACIONES Y ACTIVIDADES DE BIENESTAR | FIRMA EN FORMATOS DE ASISTENCIA |
| 16 | PARTICIPAR EN LA ELABORACIÓN, ACTUALIZACIÓN, IMPLEMENTACIÓN Y ADHERENCIA DE GUIAS, MANUALES, PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS QUE APLIQUEN AL SERVICIO | PARTICIPAR EN LA ACTUALIZACION DE PROTOCOLOS DEL AREA DE REHABILITACION Y PARTICIPAR EN ADHERENCIA A LOS MISMOS | NORMALIZACION DE DOCUMENTOS, EVALUACIONES DE PROTOCOLOS |
| 17 | APOYAR A LA ENTIDAD EN LAS ACTIVIDADES QUE SE DEMANDE SEGÚN REQUERIMIENTOS INTERINSTITUCIONALES Y EXTRA INSTITUCIONALES | LEER LOS FORMATOS DE LA INSTITUCIÓN, CONOCER LA INSTITUCIÓN, PLATAFORMA ESTRATEGICA | A TAVÉS DE LA PAGINA WEB Y ALMERA, CONSULTAS A LOS DIFERENTES APLICATIVOS DE LA INSTITUCION |
| 18 | PARTICIPAR EN LA ELABORACIÓN DE RESPUESTAS A RECLAMACIONES Y REQUERIMIENTOS QUE SE PRESENTEN EN DESARROLLO DE LA ATENCIÓN QUE SE OBLIGA A PRESTAR A LOS | RESPONDER DE FORMA OPORTUNA QUEJAS, RECLAMOS SOLICITUDES | CUANDO APLIQUE |

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**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 15 | PARTICIPAR EN LA PROGRAMACION DE ACTIVIDADES DEL SERVICIO | ASISTIR A REUNIONES, CAPACITACIONES Y ACTIVIDADES DE BIENESTAR | FIRMA EN FORMATOS DE ASISTENCIA |
| 16 | PARTICIPAR EN LA ELABORACIÓN, ACTUALIZACIÓN, IMPLEMENTACIÓN Y ADHERENCIA DE GUIAS, MANUALES, PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS QUE APLIQUEN AL SERVICIO | PARTICIPAR EN LA ACTUALIZACION DE PROTOCOLOS DEL AREA DE REHABILITACION Y PARTICIPAR EN ADHERENCIA A LOS MISMOS | NORMALIZACION DE DOCUMENTOS, EVALUACIONES DE PROTOCOLOS |
| 17 | APOYAR A LA ENTIDAD EN LAS ACTIVIDADES QUE SE DEMANDE SEGÚN REQUERIMIENTOS INTERINSTITUCIONALES Y EXTRA INSTITUCIONALES | LEER LOS FORMATOS DE LA INSTITUCIÓN, CONOCER LA INSTITUCIÓN, PLATAFORMA ESTRATEGICA | A TAVÉS DE LA PAGINA WEB Y ALMERA, CONSULTAS A LOS DIFERENTES APLICATIVOS DE LA INSTITUCION |
| 18 | PARTICIPAR EN LA ELABORACION DE RESPUESTAS A RECLAMACIONES Y REQUERIMIENTOS QUE SE PRESENTEN EN DESARROLLO DE LA ATENCIÓN QUE SE OBLIGA A PRESTAR A LOS USUARIOS O PACIENTES QUE DEMANDEN EL SERVICIO | RESPONDER DE FORMA OPORTUNA QUEJAS, RECLAMOS SOLICITUDES | CUANDO APLIQUE |
| 19 | PRESTAR EL APOYO NECESARIO PARA DAR RESPUESTA A OBJECIONES INICIALES EVITANDO ASÍ QUE SE GENERE GLOSA DEFINITIVA O PROCESOS DE CONCILIACIÓN POR PARTE DE EPS-S-EAPB | MANTENER SOPORTES NECESARIOS PARA EVITAR GLOSAS, ACTUAR Y PROCEDER DE ACUERDO A LO ESTUIPILADO POR LA INSTITUCION CON RESPUESTA OPORTUNA | SE REALIZA REGISTRO DE PROCEDIMIENTOS REALIZADOS EN TIPO DE HISTORIA CLINICA TEREVO Y RESPUESTA A INTERSONSULTAS EN EL APLICATIVO DINAMICA GERENCIAL |
| 20 | NOTIFICAR LOS SUCESOS DE SEGURIDAD QUE SE PRESENTEN DURANTE EL PROCESO DE ATENCIÓN, PARTICIPAR EN LOS ANÁLISIS A LOS QUE SEA CONVOCADO E IMPLEMENTAR LAS ACCIONES DE MEJORA DEFINIDAS PARA EL SERVICIO | DETECTAR Y NOTIFICAR EVENTOS DE SEGURIDAD | REGISTRO DE NOTIFICACION EVENTOS DE SEGURIDAD, POR WHATS APP, APLICATIVO EN INTRANER, CORREO |
| 21 | REPORTAR LOS EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA CON LA OPORTUNIDAD ESTABLECIDA EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE | REALIZAR REPORTE OPORTUNO DE EVENTOS DE INTERES PUBLICA | APLICATIVO SIVIGILA |
| 22 | APOYAR LAS ACTIVIDADES DE DOCENCIA DE SERVICIO EN LA REVISTA MÉDICA U OTRO ESPACIO DIRIGIDAS A LOS ESTUDIANTES Y/O PERSONAL DEL SERVICIO, PARA EL DESARROLLO Y FORMACIÓN DEL RECURSO HUMANO EN SALUD, SI APLICA | APOYAR AL PERSONAL EN DESARROLLO CON LOS DIFERENTES ROLES | NO SE REQUIRIO |
| 23 | INSTRUIR A LA COMUNIDAD SOBRE LA PREVENCION DE LAS ENFERMEDADES PROPIAS DE SU ESPECIALIDAD | REALIZAR SOCIALIZACIONES PERTINENTE AL ÁREA | SE REALIZA REGISTRO DE PROCEDIMIENTOS REALIZADOS EN TIPO DE HISTORIA CLINICA TEREVO Y RESPUESTA A INTERSONSULTAS EN EL APLICATIVO DINAMICA GERENCIAL |
| 24 | ASISTIR A LAS JORNADAS DE CAPACITACION, INDUCCIÓN, REUNIONES, COMITES Y EVENTOS A LOS CUALES SEA CONVOCADO | ASISTIR A REUNIONES, CAPACITACIONES Y ACTIVIDADES DE BIENESTAR | FIRMA EN FORMATOS DE ASISTENCIA |
| 25 | INFORMAR AL SUPERVISOR DEL CONTRATO CUALQUIER NOVEDAD QUE AFECTE EL CUMPLIMIENTO DE SUS OBLIGACIONES | INFORMAR OPORTUNAMENTE CUALQUIER IMPREVISTO QUE SE PRESENTE EN EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES | INFORMACION POR MEDIO MENSAJE O INFORME |
| 26 | FACILITAR LAS LABORES DE SUPERVISIÓN, EVALUACIÓN Y CONTROL QUE LA SUBRED, REALICE EN FORMA DIRECTA POR LA SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD, LA OFICINA DE CALIDAD Y/O A TRAVÉS DE TERCEROS | ACTUAR Y PROCEDER DE ACUERDO A LO ESTIPULADO POR LA INSTITUCIÓN CON RESPUESTA OPORTUNA | NO SE REQUIRIO |
| 27 | CUMPLIR OPORTUNAMENTE LAS RECOMENDACIONES, OPORTUNIDADES DE MEJORA, ACTAS DE COMPROMISO Y DEMÁS SOLICITUDES DE LA SUPERVISIÓN Y DE LA OFICINA DE CALIDAD | REALIZAR Y DAR CUMPLIMIENTO A LOS PLANES DE MEJORA DE LOS ENTES INTERNOS Y EXTERNO | CUMPLIMIENTO PLANES DE MEJORA |
| 28 | ACREDITAR INSCRIPCION EN EL RETHUS, MIPRES Y RUAF CONTENIDAS EN EL FORMATO DE NECESIDAD DE PERSONAL QUE HACE PARTE INTEGRAL DEL PRESENTE CONTRATO. CONTENIDAS EN EL FORMATO DE NECESIDAD DE PERSONAL QUE HACE PARTE INTEGRAL DEL PRESENTE CONTRATO | ACTUALIZACION EN LOS APLICATIVOS REQUERIDOS | VERIFICACION INSCRIPCIONAL RETHUS |
| 29 | SE DESARROLLARAN LAS ACTIVIDADES EN CUALQUIERA DE LAS UNIDADES CORRESPONDIENTES A LA SUBRED CENTRO ORIENTE DE ACUERDO A LA ASIGNACIÓN REALIZADA POR EL SUPERVISOR | SE REALIZAN LAS ACTIVIDADES EN LA UNIDAD INDICADA POR EL SUPERVISOR | PLANILLA DE TURNOS |

**Observaciones:**

**79 HORAS REALIZADAS EN EL MES DE ENERO**

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.

Maritza Carolina chapano

**Firma del Contratista**

**C.C.** 1.010.182.353 **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. 02 - 2023.**

**FECHA: 31/01/2023**

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

**Nit. 900.959.051-7**

**DEBE A:**

MARITZA CAROLINA CHAPARRO HOYOS
C.C. 1.010.182.353 DE BOGOTÁ D.C.

**LA SUMA DE:**

**UN MILLON TRESCIENTOS OCHENTA Y TRES MIL DOSCIENTOS NOVENTA PESOS M/CTE ($1.383.290)**

Por concepto de:

- Honorarios Prestación de servicios en cumplimiento del contrato No PS 1100 2023, con afiliación a ARL RIESGO 3, correspondiente al periodo DESDE EL 21 AL 31 DE ENERO DE 2023.

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO FISIOTERAPEUTA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Cordialmente,

Maritza Carolina chaparro H.
MARITZA CAROLINA CHAPARRO HOYOS
C.C. 1.010.182.353 DE BOGOTÁ D.C.
Teléfono: 3213326121 Dirección: KR 7A BIS ESTE 4B 75 ESTE
No Cuenta: 74126962 CUENTA DE AHORROS BBVA COLOMBIA

compensar · miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCION | TELEFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 1010152355 | MARITZA CAROLINA CHAPARRO HOYOS | CRA 11 NO 2A -56 | 3213326121 | ibercil @hotmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | |
| UNICA | I – Independiente | | | BOGOTA 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 | |
| 2023-12 | 2023-12 | 1 | 02/01/2023 | 84382146 | 5443.100 | |

## 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 | 166.200 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 166.200 | 1 |

**TOTALES PENSION**

| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 25-14 | Colpensiones | 900336004-7 | 215.200 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 215.200 | 1 |

**TOTALES RIESGOS LABORALES**

| Codigo ARL | Nombre | NIT | Cotizacion Obligatoria | Incapacidades | | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Dias Mora | Valor Mora Cotizacion | 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 | 32.800 | | | | 32.800 | 0 | 0 | 32.800 | | | 228 | 32.800 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Dias Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CCF24 | Compensar Caja | 860066942-7 | 26.900 | 0 | 0 | 26.900 | 1 |

**TOTALES PARAFISCALES**

| Valor Aporte | Dias 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 | 166.200 | 166.200 |
| Pension | 1 | 215.200 | 215.200 |
| Riesgos Laborales | 1 | 32.800 | 32.800 |
| CCF | 1 | 26.900 | 26.900 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 4 | 443.100 | 443.100 |

Este documento esta clasificado como: PRIVADO por parte de Compensar Gerencia de Información

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELEFONO | CORREO |
| CC | 1010182353 | MARITZA CAROLINA CHAPARRO HOYOS | | CRA 11 NO 2A -55 | 3213336121 | iberoli@hotmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| UNICA | 1 - Independiente | | | BOGOTÁ D.C. | BOGOTA, 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 | |
| 2022-12 | 2022-12 | 1 | 02/01/2023 | 64382146 | $443.100 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACION COTZANTE | | | | | | | | INFORMACION NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSION | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Extranjero | Residente | Pensionado | Colombiano en el exterior | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | SUS | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCION | Cód AFP | IBC AFP | Cotizacion | Voluntario Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo personal de subsistencia | Cod. EPS | IBC EPS | Cotización / Valor UPC | Cod. ARL | IBC ARL | Clase de Riesgo | Cotizacion | Código CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1 | CC | 1010182352 | CHAPARRO HOYOS MARITZA CAROLINA | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | 06-14 | 1.345.000 | 215.200 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS008 | 1.345.000 | 168.200 | 14-7 | 1.345.000 | 3 | 32.600 | CCF24 | 1.345.000 | 26.900 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

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