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 6507-2022	**C.D.P. No.:**	3593	**Proceso que pertenece:**	CONVENIO 0002-2022
				Servicio al que pertenece:	CONSULTA EXTERNA
				Unidad a la que pertenece:	UMHES SANTA CLARA

Nombre del Contratista: LEIDY KATHERINE GUALTEROS RAMIREZ **C.C.** 1,032,463,055 **de:** BOGOTÁ

Fecha Inicio: 2022-11-08 **Fecha Terminación inicial:** 2022-12-31 **Valor Mensual:** $ 2,299,448 **Valor a cobrar:** $ 2,299,448

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 2,299,448	4080	2023-01-01	2023-01-31
2	$ 2,299,448	230	2023-02-01	2023-02-28
3	$ 2,299,448	557	2023-03-01	2023-03-31
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	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO PLANILLA
1	NOVIEMBRE	$ 1,762,077			
2	DICIEMBRE	$ 2,299,448	$ 329,400	9443609015	12/9/2022
3	ENERO	$ 2,299,448	$ 329,400	9444856152	1/5/2023
4	FEBRERO	$ 2,299,448	$ 382,100	9446071817	2/13/2023
5	MARZO	$ 2,299,448	$ 382,100	9447551547	3/8/2023
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
$ 4.062.358	$ 10.960.702	$ 10.809.905	$ 150,797

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO TECNICO ADMINISTRATIVO 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:** 2023-03-01 **Hasta:** 2023-03-31

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO	
	ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUTO O EVIDENCIA
1.Tendrá la responsabilidad de constatar permanente disponibilidad del kit diagnóstico, servicio de transporte, insumos, elementos de protección personal, dotación, asignación de usuarios de registro y consulta a la Historia Clinica Digital.	diariamente revisar disponibilidad de kit diagnostico,servicio de transporte,insumos,elementos d	2,Inventario y distribución de Kit diagnóstico a los EAC CONVENIO 0001 DE 2022 Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato
2. Llevará cuenta del estado y del inventario del kit diagnóstico, con el fin de solicitar reposición de insumos y/o mantenimiento o calibración de los equipos.	diariamente se realizara verificacion de los estados de inventarios de kit, insumos y/o mantenimiento o calibracion de equipos.	2,Inventario y distribución de Kit diagnóstico a los EAC CONVENIO 0001 DE 2022 Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato
3.Garantizara la disposición de la papelería necesaria para la operación de los grupos y llevar registro de entrega de la misma.	diariamente verificar la disposicion de la papeleria necesaria para la operación de los grupos y ll	2,Inventario y distribución de Kit diagnóstico a los EAC CONVENIO 0001 DE 2022 Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente
4.Llevará registro de la entrega semanal de elementos de protección personas e insumos necesarios para la ejecución de las acciones en campo de los EAC	Llevar un control en la entrega semanal de elementos de proteccion personas e insumos necesari	1.Planilla con registro de la entrega de insumos y elementos de protección personal a los EAC.
5. Realizara cronograma para la asignación de los vehiculos a los EAC.	deacuerdo al numero de atencion en casa se realizara la distribucion según las localidades	1.Planilla con registro de la entrega de insumos y elementos de protección personal a los EAC.
6. Entre otras actividades para la operatividad del convenio	induccion para el entendimiento de las actividades a realizar y el conocimiento del convenio 002	Acta de reunión con apropiacion de lineamiento.

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.

Leidy Gualteros

Firma del Contratista

C.C. 1,032,463,055 **de** bogota D.C

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 1	
NOMBRE:	Julia Paola Neira Bautista
CARGO:	Dirección de Servicios Ambulatorios
FIRMA	

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 2	
NOMBRE:	N/A
CARGO:	N/A
FIRMA	N/A

OK
V.B.

Cuenta de cobro 005- 2022

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

Nit. 900.959.051-7

DEBE A:

LEIDY KATHERINE GUALTEROS RAMIREZ
C.C. 1.032.463.055

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 6507 - 2022** correspondiente del 01 al 31 de Marzo de 2023.

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS TÉCNICOS COMO TÉCNICO ADMINISTRATIVO 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,

Leidy Gualteros

LEIDY KATHERINE GUALTEROS RAMIREZ
C.C. 1032463055
Teléfono: 3223222747
Dirección: KRA 1 # 98 D SUR 33
No Cuenta 0570004870373232 ahorros Davivienda

Fecha: 31 de Marzo 2023

en línea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1032463055		GUALTEROS RAMIREZ LEIDYS KATHERINE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA PRIMERA #98-3 SUR -33	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-02	2023-02	1958140003	9447551547	I	2023/03/13	2023/03/08	BANCO DAVIVIENDA	0	$382,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$1,160,000	$23,200			$1,160,000		$28,300		$0	$0		$382,100
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$1,160,000	$23,200			$1,160,000		$28,300		$0	$0		$382,100
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																					$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$1,160,000	$23,200			$1,160,000		$28,300		$0	$0		$382,100
1	CC	1032463055	GUALTEROS LEIDY																	230201	30	$1,160,000	$185,600	EPS002	30	$1,160,000	$145,000	CCF24	30	$1,160,000	$23,200	14-25	30	$1,160,000	2.436%	$28,300	30	$0	$0	No	$382,100
Total	**Afiliados(1)**																					$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$1,160,000	$23,200			$1,160,000		$28,300		$0	$0		$382,100

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1032463055		GUALTEROS RAMIREZ LEIDYS KATHERINE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA PRIMERA #98-3 SUR -33	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-02	2023-02	1958140003	9447551547	I	2023/03/13	2023/03/08	BANCO DAVIVIENDA	0	$382,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$185,600	$0	$0	$185,600
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$185,600	$0	$0	$185,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$28,300	$0	$0	$28,300
COLMENA	14-25	800,226,175	3	1	$28,300	$0	$0	$28,300
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$23,200	$0	$0	$23,200
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$23,200	$0	$0	$23,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$145,000	$0	$0	$145,000
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$145,000	$0	$0	$145,000
TOTAL				0	$382,100	$0	$0	$382,100