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 4861 2023 | **C.D.P. No.:** | 687 | **Proceso que pertenece:** | MISIONAL |
| | | | | **Servicio al que pertenece:** | DIRECCION DE GESTION INTEGRAL DEL RIESGO |
| | | | | **Unidad a la que pertenece:** | PRIMERA DE MAYO |

**Nombre del Contratista:** DORIS STELLA SALAMANCA ORJUELA **C.C.** 53.132.918 **de:** BOGOTA

**Fecha Inicio:** 2023-03-13 **Fecha Terminación inicial:** 2023-04-20 **Valor Mensual:** $ 1.916.916 **Valor a cobrar:** $ 1.916.916

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | $ 105.624 | 860 | 2023-04-01 | 2023-04-20 |
| 2 | $ 1.911.243 | 1057 | 2023-04-21 | 2023-05-20 |
| 3 | $ 958.458 | | 2023-05-21 | 2023-06-05 |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |

| Nº CTA | MES DE CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR | VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL | NUMERO DE PLANILLA | FECHA DE PAGO PLANILLA |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | MARZO | $ 1.049.505 | $ 358.900 | 65552271 | 2023-03-06 |
| 2 | ABRIL | $ 1.916.916 | $ 358.900 | 66369605 | 2023-04-10 |
| 3 | MAYO | $ 1.916.916 | $ 358.900 | 67064723 | 2023-05-05 |
| 4 | | | | | |
| 5 | | | | | |
| 6 | | | | | |
| 7 | | | | | |
| 8 | | | | | |
| 9 | | | | | |
| 10 | | | | | |

**Resumen de contrato**

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 2.227.598 | $ 5.202.823 | $ 4.883.337 | $ 319.486 |

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

**OBJETO DEL CONTRATO**

PRESTAR SERVICIO TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

**Relación de actividades para el periodo:** **Desde:** 2023-05-01 **Hasta:** 2023-05-31

| | OBLIGACIONES ESPECIFICAS (Las estipuladas en la minuta) | DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO | |
|---|---|---|---|
| | | ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACION | PRODUTO O EVIDENCIA |
| 1 | Ejecutar el seguimiento de los usuarios inscritos en la ruta distribuidos por localidad | Realizar el seguimiento de usuarios pertineneste de cohorte adultez y subcohorte de cancer | Consolidado de las actividades desarrolladas en los archivos de las bases e datos asignadas |
| 2 | Realizar Búsqueda activa y canalización de los usuarios asignados, o que consultan en los diferentes servicios de la Subred | Buscar datos de contacto y revisar los aplicativos e historias clinicas para determinar los servicios faltantes en la RPMS para la canalización respectiva en los archivos de las cohorte recibidos. | Actualización de datos y asignación de citas a usuario/as susceptibles en la RPMS y en otras RIA de las bases de datos asignadas por las cohortes |
| 3 | Realizar Seguimiento a la adherencia de los usuarios a la ruta mediante la evaluación del cumplimiento de las actividades establecidas por curso de vida a través del sistema de información estandarizado por localidad | Buscar datos de contacto y revisar los aplicativos e historias clinicas para determinar los servicios faltantes en la RPMS para la canalización respectiva en los archivos de las cohortes recibidos. | Actualización de datos y asignación de citas a usuario/as susceptibles en la RPMS y en otras RIA de las bases de datos asignadas por las cohortes |
| 4 | Realizar captación de usuarios desde los servicios de urgencias y hospitalización y realizar seguimiento a sus asistencia a las acciones programadas | Verificar de las bases recibidas de la cohorte usuarios que consultaron urgencias y hospitalización y priorizar la asignación de citas de los servicios de la RPMS a los susceptibles. | NA |
| 5 | Hacer Entrega de usuarios a las rutas de riesgo según diagnósticos identificados | Usuarios identificados que tengan comorbilidad sin apartario de la RPMS, hacer entrega a la ruta de que pertenezca | correos de los usuarios quese captaron para las oras RIAS segun diagnostico al lider de ruta o cohorte y consolidado en base en excel lo realizado |
| 6 | A poyar en la elaboración de informes que se requieran | Realizar informes y actas solicitadas | elavoracion de actas e informes |
| 7 | Informar a la líder de la cohorte los hallazgos encontrados en el seguimiento relacionados con la gestión del riesgo (barreras de accese) | Identificar a los usuarios que tengan barreras de acceso por lo cual no hayan podido acceder a los servicios de salud, para ayudarlos gestionando sus necesidades. | Correos de los usuarios que tuvieron barreras de acceso a RPMS al líder de la ruta y/o enfermeras consolidado en base de datos en excel a las |
| 8 | Asistir a las mesas técnicas de las unidades de atención para el seguimiento estandarizado de la población Asistir a todas las citaciones que se realicen por parte de la Subred o la SDS y al comité de seguimiento mensual según necesidad | Asistir a las reuniones de las mesas técnicas, de trabajao y de seguimiento programadas o anunciadas. | actas de Informe mensual, hoja de asistencia y eveidencias segun requerimineto |
| 10 | Cumplir a cabalidad las normas de bioseguridad, protección y seguridad en la realización de los procesos y procedimientos de acuerdo con la normatividad vigente | Cumplimento de las normas de bioseguridad, uso de tapabocas, lavado de manos y distaciamento social | Uso adecuado de EPP |
| 11 | Participar en el proceso de conformación y estrategia del equipo formador de formadores del convenio para la implementación de las rutas de atención a la poblacion | Asistir a las capacitaciones que se programen y socializar los contenidos acorde a estrategia implemntada. | actas de informe mensual, hoja de asistencia y eveidencias segun requerimineto |
| 12 | Realizar Informe Mensual de la articulación realizada con las diferentes rutas y los espacios de vida cotidiana así como sus dificultades y resolutividad de estas | Realizacion de informe mensual y actas solicitadas | actas de informe mensual, hoja de asistencia y eveidencias segun requerimineto |
| 13 | Realizar capacitación de acuerdo a la necesidad de la ejecución del convenio | Desarrollar actividades IEC: educativas, de información con los usuario/as y colaboradores | actas de informe mensual, hoja de asistencia y |
| 14 | Apoyar elaboración de informes que se requieran | Realizacion de informe mensual y actas solicitadas si se requiere | actas de informe mensual, hoja de asistencia y eveidencias segun requerimineto |
| 15 | Participar en los cronogramas establecidos de capacitación | Asistir a capacitaciones programadas en el marco de la RPMS y la operatividad de los | actas de informe mensual, hoja de asistencia y |
| 16 | Acompañamiento al equipo dinamizador en acciones de articulación con los entes intersectoriales y trasnsectoriales. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato | Trabajos conjuntos con otros equipos para articular la RPMS y subcohorte de cancer | actas de informe mensual, hoja de asistencia y eveidencias segun requerimineto |

**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.

Doris Salamanca.
**Firma del Contratista**

**C.C.** 53.132.918 **de** BOGOTA

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 1 | | VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 2 | |
|---|---|---|---|
| **NOMBRE:** | LORENZA BECERRA CAMARGO | **NOMBRE:** | SANDRA LILIANA GUERRERO |
| **CARGO:** | DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05 | **CARGO:** | PROFESIONAL ESPECIALIZADO CODIGO 242 GRADO 27 |
| **FIRMA** | | **FIRMA** | |

Cuenta de cobro 003 - 2023

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

**Nit. 900.959.051-7**

**DEBE A:**

DORIS STELLA SALAMANCA ORJUELA
C.C.53.132.918 de Bogotá

**LA SUMA DE:**

**un millón novecientos dieciséis mil novecientos dieciséis mil pesos ($1.916.916)**

Por concepto de:

- Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No PS **4861 2023** correspondiente del 01 de mayo al 31 de mayo 2023

OBJETO: PRESTAR SERVICIO TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

**Cordialmente,**

Doris salamanca

DORIS STELLA SALAMANCA ORJUELA
C.C. 53.132.918 DE BOGOTÁ
Teléfono: 3118750193
No Cuenta 488423964706 ahorros Banco de Davivienda

Fecha: 31/mayo/2023

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 | 53132918 | DORIS STELLA SALAMANCA ORJUELA | calle 74a sur # 92-71 int 22 403 | 6017487594 | doriven05@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 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | 1 | 0 |
| | | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2023-04 | 2023-04 | 1 | 05/05/2023 | 67064723 | $358.900 | |

## 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 | 145.000 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 145.000 | 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 |
| 230201 | Proteccion (ING + Proteccion) | 800229739-0 | 185.600 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 185.600 | 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 | | | | | | | | | | |
| 14-11 | ARL SURA | 890903790-5 | 28.300 | | | | 28.300 | 0 | 0 | 28.300 | | | 283 | 28.300 | 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 | 145.000 | 145.000 |
| Pensión | 1 | 185.600 | 185.600 |
| Riesgos Laborales | 1 | 28.300 | 28.300 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 358.900 | 358.900 |

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

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO |
| CC | 53132918 | DORIS STELLA SALAMANCA ORJUELA | | calle 74a sur # 92-71 int 22 403 | 6017487594 | doriven05@gmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | |
| ÚNICA | I – Independiente | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | |

| EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
|---|
| NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD |
| | | | | | EMPLEADOS: 1 / UPC: 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR |
| 2023-04 | 2023-04 | I | 05/05/2023 | 67064723 | $358,900 |

## ETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Suspso | Extranjero | Colom. estudio | Exonerado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Cotización | Voluntario Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| CC | 53132918 | SALAMANCA ORJUELA DORIS STELLA | 57 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 230201 | 1,160,000 | 185,600 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS008 | 1,160,000 | 145,000 | 14-11 | 1,160,000 | 3 | 28,300 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

1 informacion general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 documentos del contrato
6 informacion presupuestal
7 **Ejecución del Contrato**
8 Modificaciones del Contrato
9 cumplimientos

cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

**VER CONTRATO**

## Ejecución del Contrato

○ Porcentaje ○ Recepción de artículos

## Plan de Pagos

**¿Se requieren emisiones de códigos de autorización?** ○ Si ◉ No

| identificación de pago | número de factura | Fecha de emisión | Fecha de recepción | valor total de la factura | Estado |
|---|---|---|---|---|---|

*No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados*

Crear

## Documentos de ejecución del contrato

| | Descripcion | nombre del archivo | cargado por | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | PS 4861 2023 CUENTA DE MARZO 2023.pdf | PS 4861 2023 CUENTA DE MARZO 2023.pdf | Comprador | Descargar | detalle |
| ☑ | PS 4861 2023 CUENTA DE COBRO ABRIL 2023.pdf | PS 4861 2023 CUENTA DE COBRO ABRIL 2023.pdf | Comprador | Descargar | detalle |

Borrar | Cargar nuevo

cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >