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 5508 2023 **C.D.P. No.:** 1654

**Proceso que pertenece:** CONVENIO 0002-2023
**Servicio al que pertenece:** CONSULTA EXTERNA
**Unidad a la que pertenece:** UMHES SANTA CLARA

**Nombre del Contratista:** Evelia Castañeda Montaña **C.C.** 39.672.736 soacha

**Fecha Inicio:** 2023-05-18 **Fecha Terminación inicial:** 2023-06-06 **Valor Mensual:** $ 2.460.448 **Valor a cobrar:** $ 320.928

| ADICIÓN OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |
| 14 | | | | |
| 15 | | | | |

| N. CTA | MES DE CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR | VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL | NÚMERO DE PLANILLA | FECHA DE PAGO PLANILLA |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | MAYO | $ 1.230.224 | $ 361.700 | 1054830072 | 16/5/2023 |
| 2 | JUNIO | $ 320.928 | $ 360.700 | 1055417719 | 13/6/2023 |
| 3 | | | | | |
| 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 |
|---|---|---|---|
| $ 1.640.299 | $ 1.640.299 | $ 1.551.152 | $ 89.147 |

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

**OBJETO DEL CONTRATO**

PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR ENFERMERIA 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 2023

**Relación de actividades para el periodo:** **Desde:** 2023-06-01 **Hasta:** 2023-06-06

| | OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta) | DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 1 | El auxiliar de enfermería realizara 1 relevo por semana de 4 horas por hogar acordado con la dupla y tendrá en cuenta los descrito en el numeral de proceso de identificación. | Realizar actividades ludicas o dinámicas lo que nos permite la interacción con el paciente durante los 40 relevos al mes | Registro diaria de atencion bitacora y listado de asistencia. |
| 2 | Se espera que el auxiliar de enfermería que se asigne a cada hogar pueda establecer una relación de confianza que le permita encargarse de la totalidad de jornadas de relevo en el hogar que le sea asignado. | Establcer jornada de confianza con la familia que le permita encargarse del total de relevos en el hogar asignado | Registro diaria de atencion bitacora y listado de asistencia. |
| 3 | Este acompañamiento o relevo tendrá un enfoque de fortalecimiento de la autonomía, cualificar la labor de cuidado y generar bienestar al cuidador, mejorando así la calidad de vida de la dupla. | Realizar actividades relacionadas con derecho y deberes haciendo enfoque en el autocuidado y autonomia personal | Registro diaria de atencion bitacora y listado de asistencia. |
| 4 | Realizar la toma de signos al inicio y al finalizar el relevo | Toma de signos vitales al inicio y finde la jornada de relevo | Registro diaria de atencion bitacora y listado de asistencia. |
| 5 | Si durante el relevo se realiza alguna salida de la casa; (salida que será en los alrededores del lugar de vivienda de la dupla, y adicionalmente debe hacer parte del plan de cuidado de la dupla) esta salida deberá estar autorizada por la familia o cuidador. | Se realiza salida a los alrededores del hogar de la vivienda de la dupla que ayuda y hace parte del plan de cuidado y autorizada por la familia o cuidador. | Registro diaria de atencion bitacora y listado de asistencia. |
| 6 | En caso de identificarse alteraciones en la toma de signos que pongan en riesgo la vida de la persona, deberá activarse la ruta de emergencias e informar a líder operativa. | Activar la ruta de emergencia e informar al lider operativo | Registro diaria de atencion bitacora y listado de asistencia. |
| 7 | El producto final de las atenciones realizadas por la auxiliar de enfermería serán la bitácora de cada sesión de relevo. Información que será supervisada por el profesional en enfermería. | Se realiza una bitácora por cada sesión de relevo. | Registro diaria de atencion bitacora y listado de asistencia. |
| 8 | Asistencia a comite. | Asistencia al comite | Registro de asistencia a los comites de fortalecimiento. |
| 9 | Entre otras actividades que permitan la ejecucion del CONVENIO 0002 DE 2023 | Se apoyan otras actividades de organización documental de los soportes de los relevos realizados. | Entrega de documentación para soportes de los relevos realizados. |

**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.

Evelia Castañeda M
**Firma del Contratista**
C.C. 39.672.736 de soacha

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 1 | |
|---|---|
| NOMBRE: | Juli Paola Neira Bautista |
| CARGO: | Director Tecnico Servicios Ambulatorios |
| FIRMA | |

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

**Cuenta de cobro 02- 2023**

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

**Nit. 900.959.051-7**

**DEBE A:**

EVELIA CASTAÑEDA MONTAÑA
C.C.39672736 de SOACHA

**LA SUMA DE:**

**TRESCIENTOS VEINTE MIL NOVECIENTOS VEINTIOCHO PESOS M/CTE ($320.928)**

Por concepto de:

- Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del **contrato No PS 5508 - 2023** correspondiente del 01 de Junio al 06 de junio de 2023.

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADESEN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE S.E.S.E CONVENIO 002-2023

**Cordialmente,**

Evelia Castañeda M.

Nombre completo
C.C. 39672736
Teléfono: 3125738090
Dirección: kr 73 57r 15 sur
No Cuenta488434395916 ahorros
Banco Davivienda

Fecha: 30 de Junio de 2023

Simple

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2023-06-13, 04:17:18 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1055417719

**Periodo Cotización:** mayo de 2023 **Periodo Servicio:** mayo de 2023 **Referencia pago (PIN):** 8864445970

**PAGADO 09/06/2023 EN HORARIO EXTENDIDO**

## I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| Razón Social | EVELIA CASTAÑEDA MONTAÑA | | |
| Documento | CC39672736 | Dirección | CR 73 #57 R - 15 SUR |
| Tipo de Empresa | INDEPENDIENTE | Teléfono | 3125738090 |
| Tipo Persona | NATURAL | Forma Presentación | ÚNICO |
| Ciudad | BOGOTA D.C. | Departamento | BOGOTA D.C. |
| Representante Legal | | Identificación | |
| Total Afiliados | 1 | ARP | POSITIVA DE SEGUROS |

## II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |
| CC 39672736 | EVELIA CASTAÑEDA MONTAÑA | 59 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 0 | (231001) COLFONDOS | $ 1.160.000 | $ 185.600 | (EPS002) SALUD TOTAL EPS | $ 1.160.000 | $ 145.000 | 2,436 | $ 1.160.000 | $ 28.300 | (NIN-CC) NINGUNA CCF | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 358.900 |

## III.TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 1.160.000 | $ 1.160.000 | $ 1.160.000 | $ 0 | $ 185.600 | $ 145.000 | $ 28.300 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 358.900 | $ 1.800 | $ 360.700 |



Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.