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 1962 2023	C.D.P. No.:	93	Proceso que pertenece:	SERVICIOS AMBULATORIOS
				Servicio al que pertenece:	PROGRAMA CRONICOS
				Unidad a la que pertenece:	AUXILIAR DE ENFERMERIA/AMBULATORIOS
Nombre del Contratista:	ANGIE JULIETH GODOY PERILLA			C.C.	1,000,830,436 de: BOGOTA
Fecha Inicio:	2023-01-17	Fecha Terminación Inicial:	2023-04-20	Valor Mensual:	$ 1,647,588 Valor a cobrar: $ 1,795,830

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 2,000,000	1025	2023-04-20	2023-05-20
2	$ 2,000,000	1532	2023-05-21	2023-06-05
3	$ 1,538,512		2023-06-05	2023-08-05
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO PLANILLA
1	ENERO	$ 425,184	$ 309,400	64509942	4/1/2023
2	ENERO	$ 1,523,576	$ 309,400	64509942	1/4/2023
3	FEBRERO	$ 1,647,588	$ 382,100	64671432	2/8/2023
4	MARZO	$ 1,250,588	$ 382,100	65800590	3/7/2023
5	ABRIL	$ 1,795,830	$ 382,100	66610421	4/3/2023
6	MAYO	$ 1,795,830	$ 382,100	67320884	5/9/2023
7	JUNIO	$ 1,795,830	$ 382,100	68103031	6/8/2023
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

Resumen de contrato	VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
	$ 4,942,764	$ 10,629,559	$ 10,234,426	$ 395,133

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS TÉCNICOS COMO AUXILIAR ENFERMERÍA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Relación de actividades para el periodo: Desde: 2023-06-01 Hasta: 2023-06-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUTO O EVIDENCIA
1	1. Prestar sus servicios en su condición de auxiliar de enfermería, en lo relacionado con actividades de promoción de la salud y detección de la enfermedad, en actualización bases de datos, asignación de citas, demanda Inducida, seguimiento, vacunación, esterilización, desinfección de consultorios y demás procedimientos, actividades y reportes que se derivan de la atención, de acuerdo a demanda de servicios y según disponibilidad de tiempo. Enmarcado dentrode los parámetros de calidad definidos en la normatividad vigente del sistema obligatorio de garantía de calidad en salud y acogiendo las guías y protocolos definidos por la Subred.	Se dio cumplimiento	Registros de punto satelite
2	2. Apoyar los procesos relacionados con SIVIGILA IAAS, BAI, EEVV y seguimiento a cohortes.	Se dio cumplimiento	Registros de punto satelite
3	3. Realizar actividades de educación a usuarios y familiares conforme a lo requerido en la subred.	Se dio cumplimiento	Registros de punto satelite
4	4. Cumplir con las normas de bioseguridad, limpieza y desinfección conforme a los protocolos y guías institucionales.	Se dio cumplimiento	Registros de punto satelite
5	5. Apoyar el proceso relacionado con gestión de fuentes de información.	Se dio cumplimiento	Registros de punto satelite
6	6. Ejercer las actividades propias de la profesión de conformidad con las normas y/o reglamentos de acuerdo al objeto contractual y las necesidades del servicio	Se dio cumplimiento	Registros de punto satelite
7	7. Recibir y entregar turno de acuerdo a lo acordado con el supervisor y de conformidad al objeto misional de la entidad.	Se dio cumplimiento	Registros de punto satelite
8	8. Realizar de manera oportuna y eficaz las funciones especificas mencionadas con el objeto de garantizar la adecuada atención de pacientes de una manera eficiente y altamente humanizada, apoyando y gestionando de manera constante el fortalecimiento de las subredes en el modelo de atención, en el marco del convenio No 007 - 2021, Contenidos 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.	Se dio cumplimiento	Registros de punto satelite

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.

ANGIE JULIETH GODOY
Firma del Contratista

C.C. 1.000.830.436 de BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 1	
NOMBRE:	JILI PAOLA NEIRA BAUTISTA
CARGO:	Director Tecnico Servicios Ambulatorios (e)
FIRMA	

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 2	
NOMBRE:	JILI PAOLA NEIRA BAUTISTA
CARGO:	Director Tecnico Servicios Ambulatorios (e)
FIRMA	

Cuenta de cobro (007) - 2023

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
Nit. 900.959.051-7

DEBE A:
ANGIE JULIETH GODOY PERILLA
C.C 1000830436 De Bogotá

LA SUMA DE:

UN MILLÓN SETECIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS TREINTA PESOS M/CTE
($ 1,795,830)

Por concepto de:

Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No PS 1962 2023 correspondiente al mes de JUNIO 2023.

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS TÉCNICOS COMO AUXILIAR ENFERMERÍA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Cordialmente.

ANGIE JULIETH GODOY

C.C: 1000830436 De Bogotá
TELÉFONO: 3152614250
DIRECCIÓN: Carrera 26B # 32 -20 Sur
BANCO: Davivienda
NÚMERO DE CUENTA: 0550488414017084 cuenta de ahorros
FECHA DE GENERACIÓN DE CUENTA: **30/06/2023**

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	1000830436	ANGIE JULIETH GODOY PERILLA		Cra 26 b # 32 20 sur	5684894	juligodoy.perilla@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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-05	2023-05	I	08/06/2023	68103031	$382.100	

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	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	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
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	23.200	0	0	23.200	1

TOTALES PARAFISCALES

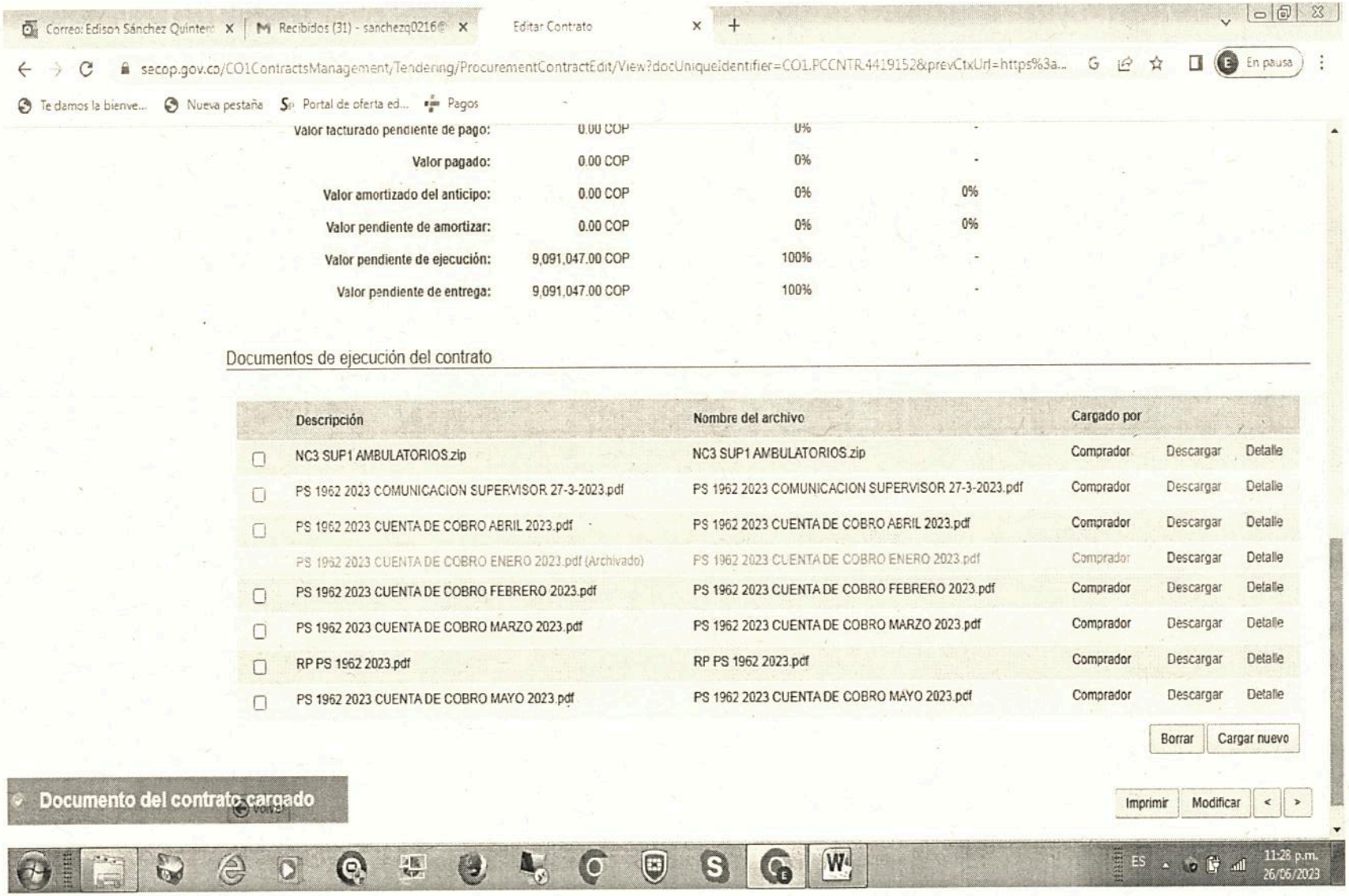
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

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	1	23.200	23.200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	382.100	382.100

PAGADA

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


Correo: Edison Sánchez Quinter
Recibidos (31) - sanchezq0216@
Editar Contrato
secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/ProcurementContractEdit/View?docUniqueIdentifier=CO1.PCCNTR.4419152&prevCtxUrl=https%3a...
En pausa
Te damos la bienve...
Nueva pestaña
Portal de oferta ed...
Pagos
Valor facturado pendiente de pago: 0.00 COP 0% -
Valor pagado: 0.00 COP 0% -
Valor amortizado del anticipo: 0.00 COP 0% 0%
Valor pendiente de amortizar: 0.00 COP 0% 0%
Valor pendiente de ejecución: 9,091,047.00 COP 100% -
Valor pendiente de entrega: 9,091,047.00 COP 100% -
Documentos de ejecución del contrato
Descripción
Nombre del archivo
Cargado por
NC3 SUP1 AMBULATORIOS.zip
PS 1962 2023 COMUNICACION SUPERVISOR 27-3-2023.pdf
PS 1962 2023 CUENTA DE COBRO ABRIL 2023.pdf
PS 1962 2023 CUENTA DE COBRO ENERO 2023.pdf (Archivado)
PS 1962 2023 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2023.pdf
PS 1962 2023 CUENTA DE COBRO MARZO 2023.pdf
RP PS 1962 2023.pdf
PS 1962 2023 CUENTA DE COBRO MAYO 2023.pdf
Comprador
Descargar
Detalle
Borrar
Cargar nuevo
Documento del contrato cargado
Imprimir
Modificar
ES
11:28 p.m.
26/06/2023