37

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 4207 2022 | **C.D.P. No.:** | 530 | **Proceso que pertenece:** | MISIONAL |
| | | | | **Servicio al que pertenece:** | HOSPITALIZACION |
| | | | | **Unidad a la que pertenece:** | UMHES SAN BLAS |

**Nombre del Contratista:** KELLY JOHANNA ANGULO ASPRILLA **C.C.** 1.023.871.757 **de:** BOGOTA

**Fecha Inicio:** 2022-06-16 **Fecha Terminación inicial:** 2023-12-31 **Valor Mensual:** $ 3.372.480 **Valor a cobrar:** $ 4.121.920

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | VF | 0 | 2022-05-01 | 2022-05-31 |
| 2 | $ 0 | 0 | 2022-05-01 | 2022-06-15 |
| 3 | $ 0 | 0 | 2022-06-16 | 2022-08-15 |
| 4 | $ 333.312 | 860 | 2023-04-01 | 2023-12-31 |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |

| N° CTA | MES DE CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR | VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL | NÚMERO DE PLANILLA | FECHA DE PAGO PLANILLA |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | FEBRERO | $ 1.224.000 | $ 452.700 | 56114077 | 2022-02-07 |
| 2 | MARZO | $ 3.060.000 | $ 482.000 | 56781983-56781983 | 7/2/22-7/02/22 |
| 3 | ABRIL | $ 3.060.000 | $ 482.000 | 57561157 | 04/04/2022 |
| 4 | MAYO | $ 3.992.280 | $ 443.100 | 1443397758 | 05/05/2022 |
| 5 | JUNIO | $ 2.941.680 | $ 482.000 | 59441449 | 06/06/2022 |
| 6 | JULIO | $ 3.151.800 | $ 482.000 | 59443022 | 11/07/2022 |
| 7 | AGOSTO | $ 3.361.920 | $ 463.100 | 60986957 | 9/8/2022 |
| 8 | SEPTIEMBRE | $ 3.151.800 | $ 493.100 | 61287869 | 9/9/2022 |
| 9 | OCTUBRE | $ 3.361.920 | $ 493.100 | 62030830 | 10/10/2022 |
| 10 | NOVIEMBRE | $ 3.151.800 | $ 493.100 | 62761042 | 8/11/2022 |
| 11 | DICIEMBRE | $ 3.361.920 | $ 493.100 | 63485812 | 12/12/2022 |
| 12 | ENERO | $ 3.151.800 | $ 493.100 | 63956231 | 03/01/2023 |
| 13 | FEBRERO | $ 2.941.680 | $ 493.100 | 65007994 | 9/2/2023 |
| 14 | MARZO | $ 3.361.920 | $ 493.100 | 65734135 | 6/3/2023 |
| 15 | ABRIL | $ 3.859.616 | $ 508.700 | 66736959 | 3/4/2023 |
| 16 | MAYO | $ 3.934.560 | $ 527.000 | 67510997 | 10/5/2023 |
| 17 | JUNIO | $ 4.121.920 | $ 527.000 | 67511088 | 9/6/2023 |

**Resumen de contrato**

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 95.625.000 | $ 95.958.312 | $ 36.970.920 | $ 58.987.392 |

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

**OBJETO DEL CONTRATO**

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERO (A) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE 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 | Presentar sus servicios de apoyo en forma personal y Autónoma como enfermera en el servicio de consulta externa y lo realizado y con actividades de promoción de salud y detección de enfermedades según el curso de vida programa y la atención y las condiciones de los usuarios programación y supervisión de actividades que se realizan las auxiliares de enfermería y demás procedimientos actividades y reportes que se deriven de la atención relacionada con el profesional según las demandas de sus usuarios y necesidades del servicio para cada una de las sedes se conforman la subred centro oriente sujetándose a normalidad vigente en el marco del sistema obligatorio de garantía de calidad e instalo para el ejercicio de la profesión | Se garantizo la realización de los cuidados a un 100% de los pacientes. | Historias clínicas aplicativo dinámica |
| 2 | Realizar seguimientos a los programas de promoción de salud y detención de enfermedades conforme a las necesidades del servicio así como de | Se realizó el plan de cuidado de enfermería al 100% de los pacientes teniendo en cuenta las necesidades del paciente de los riesgos clínicos de seguridad y de salud | Historias clínicas aplicativo dinámica |
| 3 | Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en las normas vigentes | Se identifico el riesgo al 100% de los pacientes atendidos , se implementaron acciones preventivass para disminuir el riesgo de presencia de sucesos de seguridad en el mes | Historia clínica aplicativo dinámica |
| 4 | Cumplir con las normas de seguridad y limpieza desinfección conforme a los protocolos y guías de la entidad | Si realizó la actividad de medicamentos al 100% de los pacientes asignados en el mes de acuerdo a lo establecido en el protocolo de administración de medicamentos | Lista de novedades |
| 5 | Si realizas Ignacio indie consultorios de acuerdo a la capacidad instalada | Se realizó la supervisión de las actividades del personal auxiliar en enfermería y camilleros asignados por el servicio en el mes de mes | Historia clínica aplicativo dinámica |
| 6 | Apoyar el proceso de gestion y operacion de BAI SIVIGILA IAAS EEVV, protologias y eventos de altocosto seguimiento y monitoreo de cohortes segun grupos de riesgo priorizados en el marco MAITE | S e realiza la verificacion de de los kardex de los pacientes asignados en el mes de acuerdo a los parametros establesidos en los protocolos del plan de cuidado y entrega de turno | Historias clínicas aplicativo dinámica |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 7 | Apoyar el proceso de gestión de fuentes de información y bases de datos relacionados con la programación de consultas | Sí garantizo el uso adecuado de los insumos medicamentos requeridos en el servicio para el mes | Historia clínica aplicativo dinámica |
| 8 | Realizar revisión y verificación del RIPS de conformidad la normatividad vigente y el requerimiento institucional | Si garantiza la devolución del 100% de los medicamentos e insumos del servicio farmacéutico por el sistema de dinámica y o formato físico en el mes | Formato de limpieza y desinfección |
| 9 | Vas a ir al Liceo informe necesario que le sean solicitados de acuerdo a las actividades realizadas en la consulta externa | Se realizó la solicitud de los elementos e insumos de acuerdo a las necesidades al 100% de los pacientes atendidos en el mes | Historia clínica aplicativo dinámica |
| 10 | Apoyar las actividades relacionadas con los procesos de acreditación de la subred integrada de servicios de salud centro Oriente ESE.. | Se realiza participación de la revista médica el 100% de los pacientes críticos atendidos en el mes | Seguimiento supervisión |

**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.

**Firma del Contratista**

**C.C.** 1.023.871.757 **de** BOGOTA

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 1 | |
|---|---|
| NOMBRE: | JENNY PATRICIA BARAZETA AVILA |
| CARGO: | ENFERMERO CODIGO 243 GRADO 20 |
| FIRMA |  |

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 2 | |
|---|---|
| NOMBRE: | LUZ ANGELA CONTRERAS MORENO |
| CARGO: | ENFERMERO CODIGO 243 GRADO 20 |
| FIRMA |  |

**Cuenta de cobro 17- 2023**

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

**Nit. 900.959.051-7**

**DEBE A:**
Kelly Johanna Angulo Asprilla
C.C. 1023871757 de Bogotá

**LA SUMA DE:**

**($ 4.121.920 ) CUATRO MILLONES CIENTO VEINTE Y UN MIL NOVECIENTOS VEINTE PESOS M/CTE**

Por concepto de: 220 HORAS Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No PS4207 de 2022 con afiliación ARL RIESGO 3 correspondiente al mes de JUNIO de 2023.

OBJETO: PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES, DE MANERA PERSONAL Y AUTÓNOMA, EN SU CONDICIÓN DE ENFERMERA PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES, EN LOS DIFERENTES SERVICIOS Y EN LAS UNIDADES QUE SE REQUIERA, CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

**Cordialmente,**

Kelly Johanna Angulo Asprilla
C.C: 1.023.871.757
Teléfono: 3015809431
Dirección: DG 49 A bis # 13 J -91
Número de cuenta: 007367333
Tipo de cuenta: Ahorros
Banco: Itau (Helm bank)
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 | 1023871757 | KELLY JOHANNA ANGULO ASPRILLA | | cll38sur #93b-2 bloque 5 casa24 | 0000000 | asprilla32@hotmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ. D.C. | | SI |

| 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 | 09/06/2023 | 67511088 | $527.000 | |

## 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 | | | | | |
| EPS005 | Sanitas EPS | 800251440-6 | 200.000 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 200.000 | 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 | 256.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 256.000 | 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 | 39.000 | | | | 39.000 | 0 | 0 | 39.000 | | | 390 | 39.000 | 1 |

| TOTALES CAJAS | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| CCF24 | Compensar Caja | 860066942-7 | 32.000 | 0 | 0 | 32.000 | 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 | 200.000 | 200.000 |
| Pensión | 1 | 256.000 | 256.000 |
| Riesgos Laborales | 1 | 39.000 | 39.000 |
| CCF | 1 | 32.000 | 32.000 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 4 | 527.000 | 527.000 |

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 | 1023871757 | KELLY JOHANNA ANGULO ASPRILLA | | cll38sur #93b-2 bloque 5 casa24 | 0000000 | asprilla32@hotmail.com | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | SI |

| 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 | 09/06/2023 | 67511088 | $527,000 | |

## ETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colom. exterior | 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 | 1023871757 | ANGULO ASPRILLA KELLY JOHANNA | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 230201 | 1.600.000 | 256.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS005 | 1.600.000 | 200.000 | 14-11 | 1.600.000 | 3 | 39.000 | CCF24 | 1.600.000 | 32.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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