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 3238 2023	**C.D.P. No.:**	3592	**Proceso que pertenece:**	CONVENIO 0002-2022
				Servicio al que pertenece:	CONSULTA EXTERNA
				Unidad a la que pertenece:	UMHES SANTA CLARA

Nombre del Contratista: YURI JASLEIDY DELGADO ECHEVERRI **C.C.** 53,081,983 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2023-02-03 **Fecha Terminación Inicial:** 2023-02-28 **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	557	2023-03-01	2023-03-31
2	$ 2,452,745	870	2023-04-01	2023-05-02
3				
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	FEBRERO	$ 2,136,987	$ 330,600	1052615363	2/13/2023
2	MARZO	$ 2,299,448	$ 358,900	1053365595 - 1053737227	13/3/2023 - 01/4/2023
3	ABRIL	$ 2,299,448	$ 358,900	1054162047	17/4/2023
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
$ 2,299,448	$ 7,051,641	$ 6,735,883	$ 315,758

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS TÉCNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA 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:** 2023-04-01 **Hasta:** 2023-04-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Este perfil será el encargado de hacer el primer contacto en cada predio para la presentación de los equipos de trabajo el objetivo de la vista y obtener la aprobación para el ingreso de los equipos de valoración integral, de acuerdo con la respuesta obtenida se realizará la clasificación de la visita, como se describe a continuación: •Visita efectiva: convención (E) : es la familia que está en disposición de recibir atención de los EAC, indagara la sobre la presencia de población priorizada y EAPB de afiliación. Si algún integrante corresponde a población priorizada o se encuentra afiliado capital salud, se dará paso a la intervención por parte de medicina general, de lo contrario se asignará el perfil de enfermería. •Visita ausente convención (A): es aquella en la que la caracterización no pudo ser realizada debido a que nadie atendió el llamado o a que la persona residente no pudo recibirla. •Visita fallida convención (F): categoría asignada tras tres (3) intentos, en días y horarios diferentes, de ubicar una persona que atienda la visita. •Visita rechazada convención (R), aquella que no puede realizarse debido a que la persona (residente, acudiente o cuidador de la vivienda) no autoriza su realización por razones de seguridad, salud o desinterés. •Predio de uso no residencial convención (NR): Es un espacio independiente y separado que constituye parte. o la totalidad de una edificación cuyos usos pueden ser económico, industrial, comercial. (ej. parqueadero, panadería, ferretería, lote, etc.). En esta categoría también se incluyen las viviendas no habitadas.	Entregar el formato coprrespondiente diligenciado en base a las visitas y su clasificacion	Mapa con las convenciones de acuerdo al proceso, Plantilla de control diligenciada y Relación de usuarios para la gestión del grupo de apoyo
2	En el caso de que la visita sea efectiva, el dinamizador debe indagar sobre: 1.Dirección del domicilio 2. Nombre de quien atiende la visita 3. Documento de identidad 4. Teléfono de contacto 5.Afiliación a EAPB 6.Número de integrantes del hogar 7.Número de integrantes con prioridad 8.Determinación de profesional que interviene. 9.Posteriormente debe realizar la siguiente convención en el mapa a.Gestante: triangulo b.Menor de 5 años: circulo c.usuarios con patología crónica (HTA, EPOC, DM) .Asterisco d.Persona con discapacidad o cuidado.	Entregar el formato coprrespondiente diligenciado en base a las visitas y su clasificacion solicitar la informacion que requiere dicho	Mapa con las convenciones de acuerdo al proceso, Plantilla de control diligenciada y Relación de usuarios para la gestión del grupo de apoyo
3	Al finalizar las intervenciones del día, debe recoger los datos de los usuarios que tuvieron ordenes de laboratorio clínico, dispensación de medicamentos, consultas y otras solicitudes en salud y entregarlas al grupo de apoyo para su gestión	se verifica historoia clinica del usuario para hacer el respectivo diligenciamiento	Mapa con las convenciones de acuerdo al proceso, Plantilla de control diligenciada y Relación de usuarios para la gestión del grupo de apoyo
4	Asistencia al comité	cumplir con las funciones establecidas	Mapa con las convenciones de acuerdo al proceso, Plantilla de control diligenciada y Relación de usuarios para la gestión del grupo de apoyo
5	Entre otras actividades que permitan la ejecucion del convenio.	cumplir con las demas funciones que requiera el convenio en base al perfil establecido	Mapa con las convenciones de acuerdo al proceso, Plantilla de control diligenciada y Relación de usuarios para la gestión del grupo de apoyo

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.

Yuri Delgado E
Firma del Contratista

C.C. 53,081,983 **de** Bogota

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 1	
NOMBRE:	Ana Paola Ortiz Buenaño
CARGO:	Directora Servicios Ambulatorios
FIRMA	

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

Powered by CamScanner

Cuenta de cobro 003 2023

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

Nit. 900.959.051-7

DEBE A:

YURY JASLEIDY DELGADO ECHEVERRI

CC 53.081.983 De Bogotá

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 **N° PS 3238 - 2023**

Correspondiente del **01 al 30 de abril de 2023**

Objeto:

PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. CONVENIO 0002 DE 2022

Cordialmente,

Yury J Delgado E

YURY JASLEIDY DELGADO ECHEVERRI
Teléfono: 3124507696
Dirección: KR 3 E 42-22 SUR
Cuenta de Ahorros N° 24118560579
Banco: Caja Social

Fecha: 30 de abril de 2023

Powered by CamScanner

Simple

Fecha creación reporte	2023-04-17, 06:32:23 PM	**Tipo Planilla**	I
Número Planilla	1054162047	**Referencia pago(PIN)**	88629491…
Periodo Cotización	202303	**Periodo Servicio**	202303

Cliente:

PAGADA 2023-04-17

. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	YURY HASBLEIDY DELGADO ECHEVERRY				
Documento	CC 53081983	**Dirección**	CR 3 ESTE #41 - 22 SUR		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3124507696		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

							Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Documento	CC 53081983		Residente		Exonerado	N	DELGADO ECHEVERRI YURI JASLEIDY	11001000 - 11		BOGOTA D.C.
Tipo Cotizante	59	00								

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF
															0	30	30	30	0

Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
			Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
		$ 1.160.000	230201		16 %	$ 1.160.000	$ 185.600	$ 0	$ 0	EPS008		12,5 %	$ 1.160.000	$ 145.000	$ 0	14-7	3	2.436 %	$ 1.160.000	$ 28.300	NIN-CC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PROTECCION	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	COMPENSAR EPS	SEGUROS BOLIVAR	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 145.000	$ 28.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 358.900

1.6.

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 -
¡Más que Fácil, SIMPLE!
¡El Poder de lo SIMPLE!
Powered by CamScanner