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 1035 2023 **C.D.P. No.:** 99

**Proceso que pertenece:** Misional
**Servicio al que pertenece:** Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano
**Unidad a la que pertenece:** Hospital San Blas

**Nombre del Contratista:** Lina Fernanda Bolivar Rodriguez **C.C.** 1.010.234.214 **de:** Bogotá

**Fecha Inicio:** 2023-01-21 **Fecha Terminación inicial:** 2023-04-20 **Valor Mensual:** $ 3.709.728 **Valor a cobrar:** $ 3.709.728

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | $ 171.640 | 860 | 2023-04-01 | 2023-04-20 |
| 2 | $ 3.709.728 | 1033 | 2023-04-21 | 2023-05-20 |
| 3 | $ 0 | | 2023-05-21 | 2023-08-05 |
| 4 | $ 1.854.864 | 1536 | 2023-05-21 | 2023-06-05 |
| 5 | $ 3.709.728 | 2052 | 2023-06-06 | 2023-07-05 |
| 6 | $ 3.709.728 | 2111 | 2023-07-06 | 2023-08-05 |
| 7 | $ 1.854.864 | 2354 | 2023-08-06 | 2023-08-20 |
| 8 | $ 1.226.768 | 2685 | 2023-08-21 | 2023-09-20 |
| 9 | $ 3.709.728 | | 2023-09-21 | 2023-10-10 |

| Nº CTA | MES DE CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR | VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL | NÚMERO DE PLANILLA | FECHA DE PAGO PLANILLA |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Enero del 21-31 del 2023 | $ 1.155.660 | $ 456.900 | 64246281 | 2/01/2023 |
| 2 | Febrero 2023 | $ 3.466.980 | $ 459.800 | 64933717 | 8/02/2023 |
| 3 | Marzo 2023 | $ 3.466.980 | $ 456.900 | 65667425 | 1/03/2023 |
| 4 | Abril 2023 | $ 3.709.728 | $ 456.900 | 66482172 | 3/04/2023 |
| 5 | Mayo 2023 | $ 3.709.728 | $ 492.100 | 67717016 | 9/05/2023 |
| 6 | Junio 2023 | $ 3.709.728 | $ 491.400 | 67717089 | 6/9/2023 |
| 7 | Julio 2023 | $ 3.709.728 | $ 492.500 | 68389411 | 7/12/2023 |
| 8 | Agosto 2023 | $ 3.709.728 | $ 492.500 | 69128252 | 8/9/2023 |
| 9 | Septiembre 2023 | $ 3.709.728 | $ 492.300 | 69940729 | 9/11/2023 |

**Resumen de contrato**

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 10.400.940 | $ 30.347.988 | $ 30.347.988 | $ 0 |

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

**OBJETO DEL CONTRATO**

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO TRABAJADOR SOCIAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

**Relación de actividades para el periodo:** **Desde:** 2023-09-01 **Hasta:** 2023-09-30

| | OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta) | DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 1 | Realizar la Orientación, Direccionamiento y/o aclaraciones acerca de trámites administrativos necesarios para recibir atención en Salud. | a diario se realiza orientación, direccionamiento y/o aclaraciones acerca de trámites administrativos necesarios apra recibir atención en Salud a loa usuarios que acuden a UMHES San Blas | Atención presencial en la oficina de Trabajo Social de Lunes a Viernes y fines de semana según disponibilidad |
| 2 | Realizar el ingreso y actualización permanente en base de datos interna de pacientes en abandono social, población extranjera, habitante de calle, estudios sociales de caso que se lleven a cabo, mediante la gestión realizada desde el área de Trabajo Social. | A diario se ingresa y actualiza la base de datos interna de pacientes en abandono social, población extranjera, habitante de calle e instrumentos provisionales que se lleven a cabo, mediante la gestión realizada desde el área de Trabajo Social. | Drive actualizado a la fecha indicando datos personales del paciente como gestión realizada con matriz de abandono |
| 3 | Hacer seguimiento a censo hospitalario diario destinado a identificar y disminuir barreras de acceso, dificultades de aseguramiento y situaciones de vulnerabilidad social; registrar en el formato establecido para dicha actividad y reportar a la OFICINA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO. | A diario se hace seguimiento a censo hospitalario destinado a identificar y disminuir barreas de acceso, dificultades de aseguramiento y situaciones de vulnerabilidad social. | Drive actualizado a la fecha indicando datos personales del paciente como gestión realizada por Trabajo Social donde se describe redes de apoyo sociales y familiares de los pacientes de los servicios. |
| 4 | Realizar la solicitud de oxigeno domiciliario para usuarios y pacientes que así lo requieran mediante diagnóstico y autorización médica, de igual modo realizar proceso de seguimiento, evolución y ubicación de pacientes en abandono social en las USS de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. | Cuando es requerido por los médicos hospitalarios y medicos internistas, se realiza el respectivo trámite pertinente para el oxigeno domiciliario de los pacientes que se encuentran hospitalizados, además se realiza el debido proceso para quienes se encuentran en abandono social. | En articulación con la oficina de autorizaciones se realiza trámite de oxigeno con registro de gestión en dinámica Gerencial 10 oxigenos. |
| 5 | Realizar los trámites respectivos para habitante de calle sin certificar, pacientes indocumentados, pacientes extranjeros según cada caso, de igual modo la gestión de identificación de los pacientes fallecidos en las diferentes USS de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. | Cuando se presenta ingreso de ciudadanos habitantes de callea la UMHES San Blas se realiza gestión con SECRETARIA DISTRITAL DE INTEGRACION SOCIAL, a fin de ceritificar dicha población | Soporte correo electrónico tsocialsanblas@subredcentrooriente.gov.co, donde se envían las solicitados para la respectiva caracterización y plena identidad |
| 6 | Realizar el ingreso en el aplicativo Cuentanos Bogotá de orientaciones grupales y de barreras de acceso identificadas durante la gestión diaria, con el fin de evaluar las dificultades de accesibilidad que pueden presentar los usuarios en los servicios de salud. | A diario se ingresa en el aplicativo Si cuentanos las orientaciones grupales y barreras de acceso identificadas. | Soporte apiciativo SÍ CUENTANOS(20) |
| 7 | Hacer seguimiento a Gestantes con dificultades administrativas por afiliación en otros municipios, realizando la orientación respectiva. | Cuando fue requerido se realizó seguimiento a gestantes con dificultades administrativas por afiliación | N/A |
| 8 | Asistir técnicamente, asesorar y capacitar a los usuarios en las acciones colectivas e individuales para la exigibilidad del derecho a la salud y aplicar las encuestas de satisfacción asignadas al proceso. | A traves de la atención presencial se realiza capacitaciones a los usuarios y familiares sobre derechos y deberes | Funcionarios: 30 capacitados, usuarios 15 y encuestas a 19 pacientes |
| 9 | Gestionar la ubicación de pacientes en abandono social, realizando contacto con Secretaría Distrital de Integración Social y/o entidades que reciban esta población. | Durante la vigencia se realiza ubicación de los pacientes de acuerdo a sus características, al igual se informa a traves de los oficios por orfeo a las instituciones pertinentes | ubicación de hogares 0 solicitudes de cupos 0 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 10 | Prestar el servicio de conformidad con la programación acordada con el supervisor del contrato, para el desarrollo de sus actividades. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato | Se asistió a las reuniones programadas por el supervisor del contrato, y se realizaron todas las aquellas acciones de cáracter administrativo que conlleven al cumplimiento de su objetivo contractual y atender a las demás funciones que sean asignadas en la realización del objeto contractual - NO SE CUENTA CON CORREOS ABIERTOS | Actas de reunión (reunión con jefe de equipo 1 mensual ) |

**Observaciones: TURNOS DE FIN DE SEMANA 23-30 DE SEPTIEMBRE**

**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 cuénta 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.

Luna Bolivar

**Firma del Contratista**

**C.C.** 1.010.234.214 **de** Bogotá

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 1 | |
|---|---|
| **NOMBRE:** | Fanny Lucia Rugeles de Hernandez |
| **CARGO:** | Jefe de Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano |
| **FIRMA** | |

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 2 | |
|---|---|
| **NOMBRE:** | Fanny Lucia Rugeles de Hernandez |
| **CARGO:** | Jefe de Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano |
| **FIRMA** | |

Vto.

**Cuenta de Cobro 9-2023**

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD

CENTRO ORIENTE E.S.E.

**NIT. 900959051–7**

DEBE A:

LINA FERNANDA BOLIVAR RODRIGUEZ
C.C. 1.010.234.214 de Bogotá

LA SUMA DE:

Tres millones setecientos nueve mil setecientos veintiocho pesos m/c
($3'709.728)

Por concepto de:

Prestar servicios profesionales como Trabajador Social, en cumplimiento del contrato PS 1035 2023 del 01 al 30 de Septiembre de 2023

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO TRABAJADOR SOCIAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA OFICINA DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Cordialmente,

Lina Bolivar

LINA FERNANDA BOLIVAR RODRIGUEZ
Teléfono: 3208347493 Dirección: Cra 82b sur #64-10 BOSA
No. Cuenta bancaria Banco DAVIVIENDA. Ahorros No.055048843405628 6

Fecha: 30 de Septiembre de 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 | 1010234214 | LINA FERNANDA BOLIVAR RODRIGUEZ | | kr 82b # 64 - 10 | 3115911030 | linabolivar69@gmail.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 | |
| 2023-08 | 2023-08 | I | 11/09/2023 | 69940729 | $492.300 | |

## 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 | 185.500 | 0 | | 0 | | 0 | 6 | 1.300 | 0 | 186.800 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 25-14 | Colpensiones | 900336004-7 | 237.500 | 0 | 0 | 0 | 0 | 6 | 1.600 | 0 | 239.100 | 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 | | | | | | | | | | |
| 14-7 | Seguros Bolivar S.A. | 860002503-2 | 36.200 | | | | 36.200 | 6 | 300 | 36.500 | | | 362 | 36.500 | 1 |

TOTALES CAJAS

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CCF24 | Compensar Caja | 860066942-7 | 29.700 | 6 | 200 | 29.900 | 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 | 185.500 | 186.800 |
| Pensión | 1 | 237.500 | 239.100 |
| Riesgos Laborales | 1 | 36.200 | 36.500 |
| CCF | 1 | 29.700 | 29.900 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 4 | 488.900 | 492.300 |

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