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 3140 - 2023 **C.D.P. No.:** 96

Proceso que pertenece: SERVICIOS AMBULATORIOS
Servicio al que pertenece: CONSULTA EXTERNA
Unidad a la que pertenece: CAPS PRIMERO DE MAYO

Nombre del Contratista: EDWIN ERLEY RODRIGUEZ RODRIGUEZ **C.C.** 80.812.736 **de:** BOGOTÁ

Fecha Inicio: 2023-02-01 **Fecha Terminación inicial:** 2023-04-30 **Valor Mensual:** $ 2.672.026 **Valor a cobrar:** $ 2.672.026

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 220.626	861	2023-03-28	2023-04-30
2	$ 2.672.026	1017	2023-05-01	2023-05-31
3	$ 2.672.026	1368	2023-06-01	2023-06-30
4	$ 5.344.052	2213	2023-07-01	2023-08-31
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	FEBRERO	$ 2.451.400	$ 361.700	65591130	15/02/2023
2	MARZO	$ 2.451.400	$ 360.800	66284408	13/03/2023
3	ABRIL	$ 2.672.026	$ 358.900	66815204	4/04/2023
4	MAYO	$ 2.672.026	$ 359.900	67810393	12/05/2023
5	JUNIO	$ 2.672.026	$ 361.500	68601964	15/06/2023
6	JULIO	$ 2.672.026	$ 361.100	69404021	17/07/2023
7	AGOSTO	$ 2.672.026	$ 360.700	70121279	14/08/2023
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
$ 7.354.200	$ 18.262.930	$ 18.262.930	$ 0

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

OBJETO DEL CONTRATO

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

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2023-08-01 **Hasta:** 2023-08-31

	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. Recibir, codificar, y archivar diariamente las historias clínicas de pacientes siguiendo los procedimientos establecidos por la normatividad vigente, y notificar las inconsistencias que se presenten al Supervisor Contractual. 2. Digitar oportunamente los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) generados en las consultas cuando sea requerido. 3. Unificar los informes diarios y mensuales de las diferentes áreas de la unidad. 4. Apoyar la consolidación mensual de estadísticas y suministras oportunamente la información requerida por la Subred, de conformidad con la necesidad del servicio. 5. Elaborar informes estadísticos correspondientes a la atención de pacientes. 6. Aplicar los procesos y procedimientos relacionados a sus actividades contractuales. 7 Realizar la apertura de agenda en la entidad y gestión del módulo citas médicas dentro de sus actividades contractuales. 8. Entregar oportunamente reporte de actividades de conformidad a la prestación del servicio. 9. Apoyo en la gestion de vigilancia epidemiológica, notificación obligatoria y IAI. 9. Apoyar el proceso de agendamiento de citas 10. Apoyar en las diferentes actividades en las cuales sea requiera, de conformidad con la necesidad del servicio de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. 11. Apoyar actividades relacionadas con el proceso de acreditación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro oriente E.S.E.	Administrar las agendas de la USS Primero de mayo en cuanto a los bloqueos y aperturas	Diaria según oportunidad de agendamiento
2		Apoyo administrativo del lider de la USS Primero de mayo	Diaria en los procesos solicitados del lider
3		Anulacion de facturas diarias por inasistencias, canceladas y/o inatenciones	Diaria correo anulaciones y director ambulatorios
4		Revision de rips y consultas diarias	Revision de rips y prerips diaria despues de consulta
5		Elaboracion de informes mensuales estadisticos de la USS Primero de mayo y carcel distrital	Mensual y verificacion en la mesa de consiliacion en entregra de informes
6		Asignacion de citas según especialidad	Diaria según usuario y/o paciente
7		Reprogramacion de agendas de los profesionales de la USS primero de mayo según motivo eventual que se presente	Según la evantualidad del profesional
8		Procesos y procedimientos relacionados con las actividades contractuales	Diaria según contrato
9		creacion de casos de mesa de ayuda según requerimiento	Según la evantualidad
10		Anexo recibo de pago	anexo cuenta de cobro

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.

Edwin Rodriguez
Firma del Contratista

C.C. 80.812.736 **de** BOGOTÁ

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	JULI PAOLA NEIRA BAUTISTA
CARGO:	Director Técnico Servicios Ambulatorios
FIRMA	

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	JULI PAOLA NEIRA BAUTISTA
CARGO:	Director Técnico Servicios Ambulatorios
FIRMA	

Cuenta de cobro N.º 8 – AGOSTO – 2023

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

Nit. 900.959.051-7

DEBE A:

EDWIN ERLEY RODRIGUEZ RODRIGUEZ
C.C. 80.812.738 de Bogotá

LA SUMA DE:

DOS MILLÓNES SEISCIENTOS SETENTA Y DOS MIL VEINTISEIS PESOS ($2.672.026)

Por concepto de:

- Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No PS PS 3140 de 2023 correspondiente del 1 al 31 del mes de AGOSTO de 2023

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS DE ACUERDO A SU PERFIL ACADÉMICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES (DE SU PROFESIÓN), CON DISPONIBILIDAD EN CUMPLIMIENTO DE LA MISIÓN Y LA VISIÓN DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Cordialmente,

EDWIN ERLEY RODRIGUEZ RODRIGUEZ
C.C: 80.812.736
Celular 350 334 70 30
Dirección: KRA 10 ESTE # 55 – 04 SUR
Número de cuenta: 0084 0036 4512
Tipo de cuenta: AHORROS
Banco: DAVIVIENDA
Fecha de generación de cuenta: 31/AGOSTO/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	80812736	EDWIN ERLEY RODRIGUEZ RODRIGUEZ	CR 10 ESTE # 55-04 SUR	3719776	edwinrodri2@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	
2023-07	2023-07	I	14/08/2023	70121279	$360.700	

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	4	700	0	145.700	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
231001	Colfondos	800227940-6	185.600	0	0	0	0	4	900	0	186.500	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	28.300				28.300	4	200	28.500			283	28.500	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

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	145.700
Pensión	1	185.600	186.500
Riesgos Laborales	1	28.300	28.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	358.900	360.700

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