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 5480 2023	C.D.P. No.:	1399	Proceso que pertenece:	CONVENIO 0002-2023
				Servicio al que pertenece:	CONSULTA EXTERNA
				Unidad a la que pertenece:	UMIIES SANTA CLARA

Nombre del Contratista: JUAN CARLOS LUNA ENCISO C.C. 3.109.700 de: NOCAIMA

Fecha Inicio: 2023-05-18 Fecha Terminación inicial: 2023-06-06 Valor Mensual: $ 5.843.288 Valor a cobrar: $ 5.843.288

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 5.843.288	1654	2023-06-06	2023-07-07
2	$ 5.843.289	1983	2023-07-07	2023-08-06
3	$ 5.843.288	2295	2023-08-06	2023-09-06
4	$ 5.843.288	2802	2023-09-06	2023-10-06
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	MAYO	$ 2.921.985	N/A	N/A	N/A
2	JUNIO	$ 5.843.288	$ 366.300	21346655275	13/06/2023
3	JULIO	$ 5.843.288	$ 730.800	69369089	14/07/2023
4	AGOSTO	$ 5.843.288	$ 730.100	70112530	14/08/2023
5	SEPTIEMBRE	$ 5.843.289	$ 734.400	70947455	18/09/2023
6					
7					
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
$ 3.895.525	$ 27.268.678	$ 26.295.138	$ 973.540

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO EPIDEMIOLOGO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALÚD CENTRO ORIENTE E.S.E. CONVENIO 0002 DE 2023.

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

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las copiadas las en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	El profesional de epidemiologia o salud pública, verificará el listado de usuarios seleccionados para garantizar que la muestra cumpla con los criterios de enlidad.	establecer una linea base para garantizar que la muestra cumpla con los criterios de calidad.	Se deberá entregar cronograma mensual con la participación en cada espacio en donde se describa fecha a desarrollarse, objetivo y
2	Verificará los resultados y en articulación con los líderes operativos territoriales y líder de relevo implementarán las acciones necesarias para dar cumplimiento a la meta definida del mes. De igual manera, se remitirá monitoreo final como cierre y evaluación del proceso desarrollado.	Estructurar mesas de trabajo con los lideres operativos para crear acciones de mejora con base al cumplimiento de metas definidas mensuales..	Se deberá entregar cronograma mensual con la participación en cada espacio en donde se describa fecha a desarrollarse, objetivo y participantes. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte
3	Revisar el resultado de gestión relacionados con el proceso de seguimiento, monitoreo y evaluación y asi identificar oportunidades de mejora.	Verificar el proceso de seguimiento y evaluación con base a los indicadores de gestión para proponer acciones de mejora.	Se deberá entregar cronograma mensual con la participación en cada espacio en donde se describa fecha a desarrollarse, objetivo y
4	Identificar las variables de salud que permitirán realizar un análisis de la situación de la población atendida e identificar resultados críticos de éxito para la gestión del riesgo de la población.	realizar un análisis de las variables para establecer un panorama de situación de salud para poder generar impacto definido de la población atendida.	Se deberá entregar cronograma mensual con la participación en cada espacio en donde se describa fecha a desarrollarse, objetivo y
5	Realizar programación de mesas de articulación con la dirección de gestión del riesgo y líderes de rutas integrales para establecer canales de comunicación que permitan dar respuesta a las dificultades que se presenten en la atención integral de la población atendida por los Equipos de Atención en Casa.	Mejorar los canales de comunicación con la implementación de un trabajo colaborativo frente a las dificultades y determinar las acciones de mejora frente a la atención de los Equipos de atención en casa.	Se deberá entregar cronograma mensual con la participación en cada espacio en donde se describa fecha a desarrollarse, objetivo y participantes Conteñidas en el formato de
6	La generación de los indicadores definidos, los cuales deben cumplir con las especificaciones para su generación entregadas en las fichas técnicas desde nivel central.	Establecer plan de mejora con base a las conclusiones de los comités y estructurar la hoja de ruta y cronogramas de actividades.	Se deberá entregar cronograma mensual con la participación en cada espacio en donde se describa fecha a desarrollarse, objetivo y participantes. Contenidas en el formato de
7	Deberá estructurar un cronograma de participación en los comités del Equipo de Atención en Casa (Comité de Cuidado, Mesa Técnica Estrategia de Relevo a Cuidadores, Comité Técnico de Salud Mental, Mesa de Trabajo con coordinación) esto con el objetivo de realizar presentación de los indicadores de cada componente, realizar análisis conjunto de los mismos y establecer acciones	Participación activa en los diferentes comités y mesas técnicas, semanal para presentar un análisis de los indicadores de cada componente.	Se deberá entregar cronograma mensual con la participación en cada espacio en donde se describa fecha a desarrollarse, objetivo y participantes. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte
8	Realizar las demás actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor del CONVENIO 0002 DE 2023.	Generar un perfil epidemiológico de la población vulnerable que se encuentra en la Subred centrooriente	Se deberá entregar cronograma mensual con la participación en cada espacio en donde se describa fecha a desarrollarse, objetivo y participantes. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte

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. 3.109.700 de NOCAIMA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 1	
NOMBRE:	Juli Paola Neira Bautista
CARGO:	Director Servicios Ambulatorios
FIRMA	

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

Cuenta de cobro 05- 2023

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

Nit. 900.959.051-7

DEBE A:

Juan Carlos Luna Enciso
C.C. 3109700 de Nocaima

LA SUMA DE:

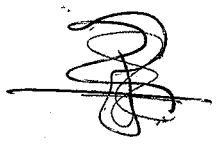
CINCO MILLONES OCHOCIENTOS CUARENTA Y TRES MIL DOSCIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS M/CTE
($5.843.288)

Por concepto de:

- Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del **contrato No PS 5480 - 2023** correspondiente del 1 al 30 de septiembre de 2023.

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO EPIDEMIÓLOGO 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 2023.

Cordialmente,



Juan Carlos Luna Enciso
C.C. 3109700
Teléfono: 3125597942 Dirección: TV 34A # 40-40 Sur
No Cuenta 007482570 ahorros
Banco ITAU
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	3109700	JUAN CARLOS LUNA ENCISO	TV 34A # 40-40 SUR INT 3 APTO 201	3125597942	jualun01@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	18/09/2023	70947455	$734.400	

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					
EPS001	ALIANSALUD EPS S.A.	830113831-0	292.200	0		0		0	14	4.500	0	296.700	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
230301	Porvenir	800224808-8	374.000	0	0	0	0	14	5.800	0	379.800	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	57.000				57.000	14	900	57.900			570	57.900	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	292.200	296.700
Pensión	1	374.000	379.800
Riesgos Laborales	1	57.000	57.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	723.200	734.400

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	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	3109700	JUAN CARLOS LUNA ENCISO		TV 34A # 40-40 SUR INT 3 APTO 201	3125597942	jualun01@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	18/09/2023	70947455	$734.400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cobro exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	ICE	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	3109700	LUNA ENCISO JUAN CARLOS	57	0			N																	230301	2.337.315	374.000	0	0	0	0	EPS001	2.337.315	292.200	14-11	2.337.315	3	57.000		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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