

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

I. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: **PS 4207 2022** C.D.P. No.: **530** Proceso que pertenece: **MISSIONAL**
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: **\$ 3.597.312**

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	800	2023-04-01	2023-12-31
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

Nº 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
18	JULIO	\$ 4.046.976	\$ 543.200	68564691	11/7/2023
19	AGOSTO	\$ 3.822.144	\$ 537.800	70247754/70214574/69 557238	22/8/2023
20	SEPTIEMBRE	\$ 3.934.560	\$ 537.800	70214423	11/9/2023
21	OCTUBRE	\$ 3.597.312	\$ 537.800	71103198	11/10/2023

Resumen de contrato	VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
	\$ 95.625.000	\$ 95.958.312	\$ 44.952.456	\$ 51.005.856

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

OBJETO DEL CONTRATO

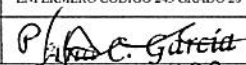
PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERO (A) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Relación de actividades para el periodo:		Desde:	Hasta:
		2022-10-01	2023-10-31
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las enlistar en la columna)		DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO	
		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Presentar sus servicios de apoyo en forma personal y Autónoma como enfermera en el servicio de consulta externa y lo realizado 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 acogiéndose a las guías y protocolos definidas por la subred	Se garantiza 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 detección de enfermedades conforme a las necesidades del servicio así como de eventos 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 identificó el riesgo al 100% de los pacientes atendidos, se implementaron acciones preventivas 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	Se 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 realiza 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 gestión y operación de BAI SIVIGILA IAAS EEVV, patologías y eventos de alto costo seguimiento y monitoreo de cohortes según grupos de riesgo priorizados en el marco MAITE	Se realizó la verificación de los kardex de los pacientes asignados en el mes de acuerdo a los parámetros establecidos en los protocolos del plan de cuidado y entrega de baño	Historias clínicas aplicativo dinámica
7	Apoyar el proceso de gestión de fuentes de información y bases de datos relacionados con la programación de consultas	Se garantiza 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	Se 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

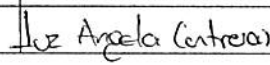
1

9	Visitar 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 salud 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: En 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 Venecida de acuerdo con las fechas establecidas en el Decreto 1990 de 2016.	 Firma del Contratista C.C. 1.023.871.757 de BOGOTÁ
--	---

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

Enfermera F.U.C.S
Cod. 52 100.602

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

1

Cuenta de cobro 21- 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

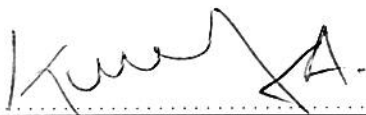
LA SUMA DE:

**(\$ 3.597.312) Tres Millones quinientos noventa y siete mil ✓ trescientos
doce PESOS M/CTE ✓**

Por concepto de: 192 ✓ HORAS Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento
del contrato No PS4207 de 2022 con afiliación ARL RIESGO 3 correspondiente al
mes de OCTUBRE 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: 31 de Octubre del 2023 ✓

.....

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO
CC	1023871757	KELLY JOHANNA ANGULO ASPRILLA		glt38ur #93b-2 bloque 5 casa24	00000000	asprilla32@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
UNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.	
						SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
					UPC
					1
					0
PERIODO SALUD					TOTAL A PAGAR
2023-09	2023-09	1	11/10/2023	71103198	\$527.000

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD		
Código EPS	Nombre	NIT
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6
		200.000

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	Santas EPS	800251440-6	200.000	0	0	0	0	0	0	0	0	200.000	1

TOTALES PENSIÓN

TOTALES PENSION												
Código AFP	Nombre	MIT	Colización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Colización	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

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Colización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Colización	Días Mora	Valor Mora Colización	Subtotal Colización	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

TOTALES CAJAS						
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar
CCF24	Compensar Caja	86006942-7	32.000	0	0	32.000
						No. Afiliados
						1

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, RPY 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

