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 4437 2023 | C.D.P. No.: | 626 | Proceso que pertenece: | GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD |
| | | | | Servicio al que pertenece: | PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PSPIC-ENTORNO HOGAR |
| | | | | Unidad a la que pertenece: | SAN JOSE OBRERO |

Nombre del Contratista: SANDRA VIVIANA SANTISTEBAN GALINDO C.C. 1.020.740.067 de: BOGOTÁ

Fecha Inicio: 2023-04-01 Fecha Terminación inicial: 2023-04-26 Valor Mensual: $ 5.228.176 Valor a cobrar: $ 1.676.426

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | $ 5.938.526 | 1161 | 2023-04-27 | 2023-05-26 |
| 2 | $ 2.475.081 | 1520 | 2023-05-27 | 2023-06-10 |
| 3 | $ 5.881.698 | 1715 | 2023-06-11 | 2023-08-10 |
| 4 | $ 12.644.230 | 2106 | 2023-08-11 | 2023-09-02 |
| 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 | ABRIL 2023 | $ 5.228.176 | $ 358.900 | 105373808 | 2023-04-21 |
| 2 | MAYO 2023 | $ 5.228.176 | $ 647.120 | 1054703998 | 2023-05-10 |
| 3 | MAYO ADICIONALES 2023 | $ 2.386.776 | $ 647.120 | 1054703998 | 2023-05-10 |
| 4 | JUNIO 2023 | $ 5.228.176 | $ 647.120 | 1055405288 | 2023-06-09 |
| 5 | | | $ 265.300 | 1055450955 | 2023-06-13 |
| 6 | JUNIO ADICIONALES 2023 | $ 1.676.426 | $ 647.120 | 1055405288 | 2023-06-09 |
| 7 | | | $ 295.300 | 1055450955 | 2023-06-13 |
| 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 |
|---|---|---|---|---|
| | $ 4.886.120 | $ 31.825.655 | $ 19.747.730 | $ 12.077.925 |

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

**OBJETO DEL CONTRATO**

PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO EN PSICOLOGIA ESPECIALISTA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Relación de actividades para el periodo: Desde: 2023-06-01 Hasta: 2023-06-30

| | OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta) | DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 1 | Prestar sus servicios con calidad y oportunidad, para el desarrollo de las actividades del Plan de Intervenciones Colectivas en el Distrito Capital según convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. | Realización de visitas para el desarrollo de las caracterizaciones y seguimientos presenciales, m Desarrollar cumplir con las unidades establecidas. las actividades de acuerdo con la programación de actividades. Se cumple con las acividades establecidad de acuerdo al cronograma para dar cumplimiento a los eventos de acompañamiento en duelo, bconducta siucida, Ideacion suicida y violencia . | Formatos de plan familiar, formato de caracterizaciones, formatos de , plan familiar, bases VSP, canalizaciones,fichas de notificacion |
| 2 | Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. | Elaboración cronograma de actividades | Cronograma virtual |
| 3 | Apoyar la prestación de servicios en el Plan de Intervenciones Colectivas, presentando la información y/o soportes que se solicite conforme a los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. | Intervenir por medio de sesiones en promocion de la salud a las familias notificadas de la SubRed Centro Oriente | Formatos de plan familiar, formato de caracterizaciones, formatos de , plan familiar, bases VSP, canalizaciones,fichas de notificacion, reportes diarios |
| 4 | Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estándares de habilitación y acreditación de servicios de salud. | Hacer uso de la dotacion para la identificacion, Realizar apropiación conceptual de los lineamientos del entorno, Acatar las instrucciones que durante el desarrollo del contrato imparta la SUBRED a través del supervisor del contrato. | Gestionar y hacer seguimiento a las canalizaciones del proceso a cargo. Elaborar Acta de apropiacion conceptual |
| 5 | Realizar apropiación conceptual desde su perfil con los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. | Diligenciar fichas de caracterización y seguimientos, actas y formatos de informes de acuerdo con lo solicitado para la vigencia | Diligenciar la información en los tableros de control, indicadores y matrices que se generen y soliciten en el proceso asignado. Elavorar actas de apropiación conceptual. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 6 | Gestionar y hacer seguimiento a las canalizaciones del proceso a cargo. | Tener en cuenta las observaciones y lineaminetos del supervisor del contrato. | Formatos de plan familiar, formato de caracterizaciones, formatos de , plan familiar, bases VSP, canalizaciones,fichas de notificacion |
| 7 | Realizar el seguimiento en campo de los productos, metas o actividades al talento humano con los respectivos soportes y Generar los espacios que faciliten el direccionamiento técnico y acompañamiento con los equipos operativos asignados. | No se realiza esta actividad | No se realiza esta actividad |
| 8 | Diligenciar el 100% de la información en los tableros de control, indicadores y matrices que se generen y soliciten en el proceso asignado. | Cumplir con las Guías, protocolos y procedimientos implementados por la Subred, Actas y fichas de caracterización y seguimiento | Formatos de plan familiar, formato de caracterizaciones, formatos de , plan familiar, bases VSP, canalizaciones,fichas de notificacion |
| 9 | Participar y gestionar los acercamientos comunitarios e institucionales que se requieran, para el desarrollo de las acciones de cada Espacio y/o Proceso Transversal del PSPIC. | Realizar las actividades encomendadas relacionadas con las políticas de LA SUBRED. Se realizan intervenciones integrales a los usuarios de las localidades asignadas desde el perfil de psicologia , por medio de las visitas domiciliarias y seguimientos telefonicos en la periodicidad que se indican en los lineamientos del entorno cuidador hogar para los diferentes eventos asignados. | Formatos de plan familiar, formato de caracterizaciones, formatos de , plan familiar, bases VSP, canalizaciones,fichas de notificacion |
| 10 | Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental. | Realizar todas aquellas actividades necesarias tendientes al cabal cumplimiento de los informes de documento fisico del cumplimiento de las obligaciones Asistir o apoyar las diferentes actividades que hagan parte de los procesos transversales de la subred. | Acta de asistencia |
| 11 | Realizar las demás obligaciones que se relacionen con el objeto del contrato y que sean requeridas por la supervisión Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato. | El Contratista será responsable ante las autoridades competentes por las acciones u omisiones en el ejercicio de las actividades que desarrollen | Acta de asistencia, informes, Documento fisico del cumplimiento de las obligaciones |

**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. 1.020.740.067 de BOGOTA

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 1 | |
|---|---|
| NOMBRE: | BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO |
| CARGO: | PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 27 |
| FIRMA | |

| VISTO REFERENTE DEL PROCESO RESPONSABLE | |
|---|---|
| NOMBRE: | LILIANA TELLEZ VALBUENA CC 51933284 |
| CARGO: | PROFESIONAL ESPECIALIZADO REFERENTE DE GESTION |
| FIRMA | |

Cuenta de cobro 004- 2023

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

**Nit. 900.959.051-7**

**DEBE A:**

Sandra Viviana Santisteban Galindo

C.C. 1. 020.740.067 de Bogotá

**LA SUMA DE:**

**UN MILLÓN SEISCIENTOS SETENTA Y SEIS MIL CUATROCIENTOS VEINTISÉIS PESOS.**

**($1.676.426)**

Por concepto de:

- Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No **PS 4437 2023** correspondiente del 1 al 30 de JUNIO 2023

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO EN PSICOLOGIA ESPECIALISTA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

**Cordialmente,**

Sandra Viviana Santisteban Galindo
C.C. 1.020.740.067 de Bogotá
Teléfono: 3213284972
Dirección: KR 5 A 155-16
No Cuenta: 91209952039
Fecha: 31/07/2023

# PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

**Fecha creación reporte** 2023-06-09, 10:53:38 a. m. **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1055405288

**Periodo Cotización** 202305 **Periodo Servicio** 202305

**PAGADA 2023-06-09 10:52:45.0**

## I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Razón Social** | SANDRA VIVIANA SANTIESTEBAN GALINDO | | | | |
| **Documento** | CC 1020740067 | **Dirección** | CR 5 A N 155 16 | | |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3163982141 | | |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO | **Total Afiliados** | 1 |
| **Ciudad** | BOGOTA D.C. | **Departamento** | BOGOTA D.C. | | |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | | | |

## II. DATOS DEL AFILIADO

| **Documento** | CC 1020740067 | | **Residente** | | **Exonerado** | N | **Apellidos y Nombres** | **Código Ciudad - Departamento** | **Centro de Trabajo** | **Ubicación Laboral** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tipo Cotizante | 57 | 00 | | | | | SANTISTEBAN GALINDO SANDRA VIVIANA | 11001000 - 11 | | BOGOTA D.C. |

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

| Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Extranjero | Tipo salario | Salario | Pensión | | | | | | | Salud | | | | | | | Riesgos | | | | | Caja | | | | Parafiscales | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| IHG | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | | | | 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 |
| | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 0 | | | $ 2.091.300 | 230201 | | 16 % | $ 2.091.300 | $ 334.700 | $ 0 | $ 0 | EPS017 | | 12,5 % | $ 2.091.300 | $ 261.420 | $ 0 | 14-11 | 3 | 2,436 % | $ 2.091.300 | $ 51.000 | 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 | FAMISANAR EPS | ARL SURA | NINGUNA CCF | SENA | ICBF | ESAP | MEN | |
| $ 334.700 | $ 0 | $ 0 | $ 261.420 | $ 51.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 647.120 |



Lineas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellin: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

# ¡Transferencia exitosa!

Comprobante No. 0000092381

9 Jun 2023 - 06:18 a.m.

## Producto origen

Cuenta

Ahorros

***2039**

## Producto destino

Nequi

**3005252501**

Valor enviado

**$ 647.120,00**

# PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

**Fecha creación reporte** 2023-06-13, 04:21:59 p. m. **Tipo Planilla** N **Número Planilla** 1055450955

**Planilla Corregida Nro** 1055405288 **Periodo Cotización** 202305 **Periodo Servicio** 202305

**PAGADA 2023-06-13 04:18:05.0**

## I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Razón Social** | SANDRA VIVIANA SANTIESTEBAN GALINDO | | | | |
| **Documento** | CC 1020740067 | **Dirección** | CR 5 A N 155 16 | | |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3163982141 | | |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO | **Total Afiliados** | 1 |
| **Ciudad** | BOGOTA D.C. | **Departamento** | BOGOTA D.C. | | |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | | | |

## II. DATOS DEL AFILIADO

| Documento | | | Residente | | Exonerado | | Apellidos y Nombres | Código Ciudad - Departamento | Centro de Trabajo | Ubicación Laboral |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tipo Cotizante | 57 | 00 | | | | N | SANTISTEBAN GALINDO SANDRA VIVIANA | 11001000 - 11 | | BOGOTA D.C. |

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

| Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Extranjero | Tipo salario | Salario | Pensión | | | | | | | Salud | | | | | | Riesgos | | | | | | Caja | | | | Parafiscales | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | | | | 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 |
| | | | | | | | C | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 0 | | | $ 3.045.880 | 230201 | | 16 % | $ 3.045.880 | $ 487.400 | $ 0 | $ 0 | EPS017 | | 12,5 % | $ 3.045.880 | $ 380.750 | $ 0 | 14-11 | 3 | 2,436 % | $ 3.045.880 | $ 74.200 | NIN-CC | 0 % | $ 0 | $ 0 | 0 % | $ 0 | 0 % | $ 0 |

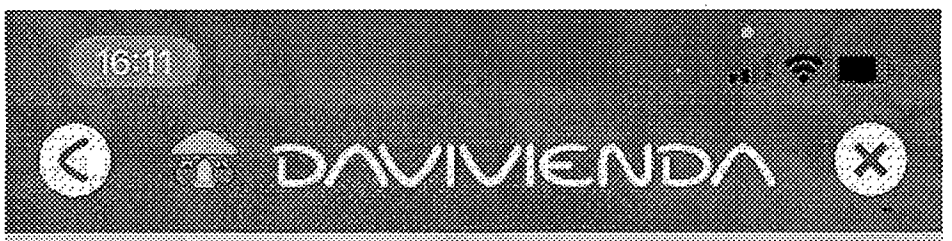
## IV.TOTALES

| 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 | FAMISANAR EPS | ARL SURA | NINGUNA CCF | SENA | ICBF | ESAP | MEN | |
| $ 152.700 | $ 0 | $ 0 | $ 119.400 | $ 23.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 295.300 |



Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!




ANGIE PAOLA ROMAN

A otras cuentas Davivienda

Resultado

## Transferencia exitosa.

Cuenta origen
Ahorros
****7340

Cuenta destino
JOSUE ANDR GARCIA
Ahorro
****8471

Monto
**$295,300**

Fecha y hora
13/06/2023, 4:10 p.m.

Número de aprobación
105822

Costo de la transacción
**$0**

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
**7 Ejecución del Contrato**
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

## Ejecución del Contrato

○ Porcentaje ○ Recepción de artículos

## Plan de Pagos

**¿Se requieren emisiones de códigos de autorización?** ○ Sí ◉ No

| Id de pago | Número de factura | Fecha de emisión | Fecha de recepción | Valor total de la factura | Estado |
|---|---|---|---|---|---|

*No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados*

Crear

## Documentos de ejecución del contrato

| | Descripción | Nombre del archivo | Cargado por | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Ps 4417 2023 cuenta de cobro (Archivado) | mayo WA0015..xlsx | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 4437 2023 CUENTA DE COBRO MES DE ABRIL 2023-1.pdf | PS 4437 2023 CUENTA DE COBRO MES DE ABRIL 2023-1.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 4437 2023 CUENTA DE COBRO MES MAYO 2023.pdf | PS 4437 2023 CUENTA DE COBRO MES MAYO 2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 4437 2023 CUENTA DE COBRO MES JUNIO 2023 (1).pdf | PS 4437 2023 CUENTA DE COBRO MES JUNIO 2023 (1).pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >