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 5451 2023	**C.D.P. No.:**	1399	**Proceso que pertenece:**	CONVENIO 0002-2023
				Servicio al que pertenece:	CONSULTA EXTERNA
				Unidad a la que pertenece:	UMHES SANTA CLARA

Nombre del Contratista: LEIDY KATHERINE GUALTEROS RAMIREZ **C.C.** 1.032.463.055 **de:** Bogotá

Fecha Inicio: 2023-05-18 **Fecha Terminación inicial:** 2023-06-06 **Valor Mensual:** $ 2.460.448 **Valor a cobrar:** $ 1.451.664

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 2.460.448	1654	2023-06-06	2023-07-06
2	$ 2.460.448	1983	2023-07-07	2023-08-06
3	$ 2.460.448	2295	2023-08-06	2023-09-06
4	$ 2.460.448	2802	2023-09-06	2023-10-06
5	$ 2.460.448	3415	2023-09-06	2023-11-06
6	$ 2.080.373	3961	2023-10-06	2023-12-06
7	$ 1.451.664	4117	2023-12-07	2024-02-01
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	$ 1.230.224	$ 358.900	67162042	3/05/2023
2	JUNIO	$ 2.460.448	$ 382.100	9451597476	5/06/2023
3	JULIO	$ 2.460.448	$ 382.100	9452823625	5/07/2023
4	AGOSTO	$ 2.460.448	$ 382.100	9454134272	14/08/2023
5	SEPTIEMBRE	$ 2.460.448	$ 382.100	9455482821	13/09/2023
6	OCTUBRE	$ 2.460.448	$ 385.400	9456845617	20/10/2023
7	NOVIEMBRE	$ 2.460.448	$ 384.300	9458147541	20/11/2023
8	DICIEMBRE	$ 1.451.664	$ 385.300	9459482143	22/12/2023
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
$ 1.640.299	$ 17.474.576	$ 17.444.576	$ 30.000

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO ADMINISTRATIVO 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.

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2023-12-01 **Hasta:** 2023-12-20

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1. Tendrá la responsabilidad de constatar permanente disponibilidad del kit diagnòstico, servicio de transporte, insumos, elementos de protección personal, dotación, asignación de usuarios de registro y consulta a la Historia Clinica Digital.	Se diligenció base en Drive de historias clínicas de localidad Rafael Uribe, Santa Fe y Antonio Nariño con información de Dinamica. Se realizan llamadas a usuaios para diligenciamiento de encuestas según muestra asignada. se reciben cuentas de cobro	Base de datos, formatos
2	2.Llevarácuenta del estado y del inventario del kit diagnóstico, con el fin de solicitar reposición de insumos y/o mantenimiento o calibración de los equipos	Se realiza actividad con insumos en existencia	Base de datos, formatos
3	3. Garantizara la disposición de la papeleria necesaria para la operación de los grupos y llevar registrode entrega de la misma.	Se entregan insumos y se registra en formato de control	Base de datos, formatos
4	4.Llevará registro de la entrega semanal de elementos de protección personas e insumos necesarios para la ejecución de las acciones en campo de los EAC.	Se entregan elementos de proteccion personal a equipo de Rafael Uribe, Santa Fe y Antonio Nariño	Base de datos, formatos
5	5. Realizara cronograma para la asignación de los vehiculos a los EAC	Se comparte información de transporte, rutas asignadas para la localidad.	Base de datos, formatos
6	6. Realizar demás actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor del contrato Productos: 1. Planilla con registro de la entrega de insumos y elementos de protección personal a los EAC.	Inducción para conocimiento del Convenio	Acta, listado de asistencia

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.

Leidy Gualteros

Firma del Contratista

C.C. 1.032.463.055 de Bogotá

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 08- 2023

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

Nit. 900.959.051-7

DEBE A:

LEIDY KATHERINE GUALTEROS RAMIREZ
C.C. 1032463055 de Bogotá

LA SUMA DE:

DOS MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS M/CTE
($ 1,451,664)

Por concepto de:

- Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del **contrato No PS 5451 - 2023** correspondiente del 01 al 20 de diciembre de 2023.

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS COMO TÉCNICO ADMINISTRATIVO 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,

Leidy Gualteros

LEIDY KATHERINE GUALTEROS RAMIREZ
C.C. 1032463055 de Bogotá
Teléfono: 3223222747
Dirección: kr 1 98d sur 33
No Cuenta ahorros 4870373232
Banco Davivienda
Fecha: 31 de diciembre de 2023.

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1032463055		GUALTEROS RAMIREZ LEIDYS KATHERINE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA PRIMERA #98-3 SUR -33	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2023-11	2023-11	356292534	9459482143	I	2023/12/14	2023/12/22	BANCO DAVIVIENDA	8	$385,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$185,600	$1,500	$0	$187,100
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$185,600	$1,500	$0	$187,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$28,300	$300	$0	$28,600
COLMENA	14-25	800,226,175	3	1	$28,300	$300	$0	$28,600
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$23,200	$200	$0	$23,400
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$23,200	$200	$0	$23,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$145,000	$1,200	$0	$146,200
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$145,000	$1,200	$0	$146,200
TOTAL				1	$382,100	$3,200	$0	$385,300

2023/12/22 03:58 PM