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 5466 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:** CLAUDIA NATALIA SAENZ VIDAL **C.C.** 1.014.229.966 **de:** BOGOTA D.C

**Fecha Inicio:** 2023-05-18 **Fecha Terminación inicial:** 2023-06-06 **Valor Mensual:** $ 4.613.064 **Valor a cobrar:** $ 945.678

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | $ 4.613.064 | 1654 | 2023-06-06 | 2023-07-06 |
| 2 | $ 4.613.064 | 1983 | 2023-07-07 | 2023-08-06 |
| 3 | $ 4.613.064 | 2295 | 2023-08-07 | 2023-09-06 |
| 4 | $ 4.613.064 | 2802 | 2023-09-07 | 2023-10-06 |
| 5 | $ 4.613.064 | 3415 | 2023-10-07 | 2023-11-06 |
| 6 | $ 3.573.368 | 3961 | 2023-11-07 | 2023-12-06 |
| 7 | $ 1.360.854 | 4117 | 2023-12-07 | 2023-02-01 |
| 8 | $ 945.678 | | 2023-12-07 | 2023-02-01 |
| 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 | $ 2.757.810 | | | |
| 2 | JUNIO | $ 4.613.064 | $ 336.700 | 68627255 | 15/06/2023 |
| 3 | JULIO | $ 4.613.064 | $ 571.200 | 69368478 | 14/07/2023 |
| 4 | AGOSTO | $ 3.610.224 | $ 571.200 | 70083756 | 11/08/2023 |
| 5 | SEPTIEMBRE | $ 4.863.774 | $ 449.300 | 70993978 | 19/09/2023 |
| 6 | OCTUBRE | $ 4.613.064 | $ 606.100 | 71842129 | 23/10/2023 |
| 7 | NOVIEMBRE | $ 4.613.064 | $ 571.200 | 72490893 | 16/11/2023 |
| 8 | DICIEMBRE | $ 1.360.854 | $ 573.500 | 73485493 | 22/12/2023 |
| 9 | DICIEMBRE | $ 945.678 | $ 573.500 | 73485493 | 22/12/2023 |
| 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 |
|---|---|---|---|
| $ 3.075.376 | $ 32.020.596 | $ 31.044.918 | $ 975.678 |

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

**OBJETO DEL CONTRATO**

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBREDINTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E, CONVENIO 0002 DE 2023

**Relación de actividades para el periodo:** **Desde:** 2023-12-21 **Hasta:** 2023-12-31

| | OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta) | DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 1 | Elaborar el plan de cuidado por integrante del hogar | Aplicación de escalas y preguntas claves para generar plan de cuidado según necesidades. | Generar plan de cuidado y link |
| 2 | Entregar al grupo de gestión familiar el reporte de las atenciones realizadas por los profesionales en la herramienta prevista para tal fin. | Realizar valoración integral a familia y generar plan a seguir para mejorar salud. | Historia Clínica, Plan de cuidado |
| 3 | Asistencia a comité | Acudir al comité semanal y participar activamente. | Acta del comité y firma de asistencia |
| 4 | Entre otras actividades que permitan la ejecucion del convenio | Asistir a conglomerados y realizar valoraciones y acciones de cuidado de enfermería | Asistencia a conglomerados |
| 5 | Registrar información en la base de datos de atenciones en salud definida por la secretaria Distrital de salud y diligenciar el Plan de cuidado individual con las recomendaciones definidas según los hallazgos y la concertación | Llenar bases de datos según valoracion de personas y familias, etapas de vida y necesidades. | Historia clinica, Plan de cuidado |
| 6 | En caso de identificar eventos de interés en salud pública, realizar la notificación al subsistema correspondiente y notificar al Gestor familiar y/o su equipo de apoyo Valorar de manera integral la salud | Reportar y canalizar en maximo 24 horascualquier caso de alta prioridad | Formatos de reporte, Canalización. |
| 7 | Identificar los principales cambios en el desarrollo. | Examen fisico realzado en consulta | Plan de cuidado e historia clinica |
| 8 | Identificar oportunamente factores de riesgo con el fin de prevenirlos o derivarlos para su manejo oportuno. | Realizar valoración integral a familia y generar plan a seguir para mejorar salud. | Plan de cuidado e historia clinica |
| 9 | Identificar y potenciar capacidades, habilidades y prácticas para promover el cuidado de la salud | Realizar valoración integral a familia y generar plan a seguir para mejorar salud. | Plan de cuidado e historia clinica |
| 10 | Cuando se requiera comunicarse telefónicamente con el médico familiar o médico internista o psiquiatra de la Subred, quien realizará una teleasistencia para fortalecer la resolutividad de los profesionales en campo. | Realizar llamada a especialistas según necesidad. | Plan de cuidado e historia clinica |
| 11 | Llamar al auxiliar de enfermería del grupo familiar para agendar cita con especialistas. | Contacto según necesidad. | Plan de cuidado e historia clinica |
| 12 | Establecer la prioridad de la familia: Alta, Media o Baja, según las condiciones clínicas de cada uno de los integrantes. | Según guia operativa y lo observado en la valoracion integral. | Plan de cuidado e historia clinica |
| 13 | Concertar el plan de cuidado por integrante del hogar. | Según resultados de la valoración dar plan de cuidado familiar. | Plan de cuidado e historia clinica |
| 14 | En caso de que la familia reporte que alguno de sus integrantes pertenece a población de priorizada como mujeres gestantes, niños menores de cinco (5) años, personas con enfermedades crónicas, adultos mayores, personas en condición de discapacidad o dependencia, y sus cuidadores, se debe programar una nueva visita en donde el usuario este presente y reciba la atención en salud por parte del equipo. | Según poblacion de la familia realizar plan de cuidado por lo visto en la valoración y programar seguimiento | Plan de cuidado e historia clinica |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 15 | Debe verificar para todos los usuarios valorados en el Hogar hayan acudido a todas las atenciones definidas en el curso de vida por la Resolución 3230 de 2018 en el caso contrario, ordenar o canalizar. | Realizar valoración integral a familia y generar plan a seguir para mejorar salud. | Historia clinica |
| 16 | En caso de identificar población sin aseguramiento que cumpla los criterios para afiliación por oficios debe remitir la información al grupo familiar para la gestión de la afiliación de oficio a través del Sistema de Afiliación Transaccional (SAT). | Realizar afiliación por oficio según criterios | Afiliación |
| 17 | Entregar al grupo de gestión familiar el reporte de las atenciones realizadas por los profesionales en la herramienta prevista para tal fin. | Según poblacion de la familia realizar plan de cuidado por lo visto en la valoración y programar seguimiento | Plan de cuidado e historia clinica |
| 18 | En caso de encontrar una emergencia en cualquiera de sus visitas, los integrantes del Grupo Base asistirán a quien lo necesite y/o solicitarán apoyo al Centro Regulador de Urgencias y Emergencias - CRUE de la Secretaría Distrital de Salud para remitir a la persona a una Institución Prestadora de Salud – IPS que pueda | Según estado de salud de los usuarios, si es necesario llamar al CRUE. | Historia clinica y plan de cuidado |
| 19 | Realizar Canalización SIRC (para usuarios de otras EAPB que no tienen contrato vigente con la Subred). | Canalizar a SIRC | Canalizacion SIRC |
| 20 | Valoraciones Integrales en Jornada de Salud en Conglomerados. | Asistir a conglomerados y realizar valoraciones y acciones de cuidado de enfermería | Asisitencia a conglomerados, historia clinica |
| 21 | Detección temprana de alteraciones, formulación y educación en saludcasa a casa | Realizar valoración integral a familia y generar plan a seguir para mejorar salud. | Plan de cuidado e historia clinica |
| 22 | Asistencia al comite de salud | Asisttir a comites semanales. | Actas y firmas de asistencias |
| 23 | Realizar demás actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor del contrato. Productos a entregar: Historia clínica establecida en la SISS, diligenciada, Ordenes médicas (en el caso de que el usuario pertenezca a PNA, capital salud u EAPB que tenga contrato vigente con la Subred), Canalización SIRC (para usuarios de otras EAPB que no tienen contrato vigente con la Subred), Base de datos definida para el convenio, Ficha de Notificación según evento de interés en salud publica identificado y Plan de cuidado familiar. CONVENIO 0002 DE 2023. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato | Asistir a todas las capacitaciones programadas | Firmas de asistencias |

**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.

Natalia Sáenz
**Firma del Contratista**

C.C. 1.014.229.966 de BOGOTA D.C

| 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: | |
| CARGO: | |
| FIRMA | |

**Cuenta de cobro 09- 2023**

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

**Nit. 900.959.051-7**

**DEBE A:**

Claudia Natalia Sáenz Vidal
C.C. 101429966 de Bogotá

**LA SUMA DE:**

**NOVECIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL SEISCIENTOS SETENTA Y OCHO PESOS M/CTE**
**($ 945.678)**

Por concepto de:

- Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del **contrato No PS 5466 - 2023** correspondiente del 21 al 31 de diciembre de 2023.

OBJETO:

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E, CONVENIO 0002 DE 2023

**Cordialmente,**

Natalia Sáenz

Claudia Natalia Sáenz Vidal
C.C. 101429966 de Bogotá
Teléfono: 3104775084
Dirección: Carrera 85b # 56-29
No Cuenta de ahorros N°
0959032046 Banco BBVA

Fecha de generación cuenta: 04 de enero del 2024.

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 | 1014229966 | CLAUDIA NATALIA SAENZ VIDAL | Kr 85B # 56 - 29 | 4424802 | nathasaenz21@hotmail.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 | CANTIDAD UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2023-11 | 2023-11 | I | 22/12/2023 | 73485493 | $573.500 | |

## 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 | 230.800 | 0 | | 0 | | 0 | 4 | 900 | 0 | 231.700 | 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 | 295.400 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 1.200 | 0 | 296.600 | 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 | | | | | | | | | | |
| 14-23 | Positiva Seguros | 860011153-6 | 45.000 | | | | 45.000 | 4 | 200 | 45.200 | | | 450 | 45.200 | 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 | 230.800 | 231.700 |
| Pensión | 1 | 295.400 | 296.600 |
| Riesgos Laborales | 1 | 45.000 | 45.200 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 571.200 | 573.500 |

PAGADA

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 | 1014229966 | CLAUDIA NATALIA SAENZ VIDAL | | Kr 85B # 56 - 29 | 4424802 | nathasaenz21@hotmail.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 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | 1 | 0 |
| | | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2023-11 | 2023-11 | I | 22/12/2023 | 73485493 | $573.500 | |

## ETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tipo | No. de identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colom. exterior | Exonerado | IND | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | 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 | 1014229966 | SAENZ VIDAL CLAUDIA NATALIA | 57 | 0 | | | N | X | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 1.846.000 | 295.400 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS008 | 1.846.000 | 230.800 | 14-23 | 1.846.000 | 3 | 45.000 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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