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 1962 2023	C.D.P. No.:	93	Proceso que pertenece:	SERVICIOS AMBULATORIOS
				Servicio al que pertenece:	PROGRAMA CRONICOS
				Unidad a la que pertenece:	SEDE ADMINISTRATIVA

Nombre del Contratista: ANGIE JULIETH GODOY PERILLA C.C. 1.000.830.436 de: BOGOTA

Fecha Inicio: 2023-01-17 Fecha Terminación Inicial: 2023-04-20 Valor Mensual: $ 1.647.588 Valor a cobrar: $ 1.089.540,00

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 2.000.000	1025	2023-04-20	2023-05-20
2	$ 2.000.000	1532	2023-05-21	2023-06-05
3	$ 1.538.512	2858	2023-06-06	2023-07-05
4	$ 1.795.830	2113	2023-07-06	2023-08-05
5	$ 823.794	2355	2023-08-06	2023-08-20
6	$ 2.320.319	2686	2023-08-21	2023-09-20
7	$ 2.320.319	2798	2023-09-21	2023-10-10
8	$ 1.271.341	3380	2023-10-11	2023-11-10
9	$ 3.591.660		2023-11-11	2024-01-20
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	ENERO	$ 425.184	$ 309.400	64509942	04/01/2023
2	ENERO	$ 1.523.576	$ 309.400	64509942	04/01/2023
3	FEBRERO	$ 1.647.588	$ 382.100	64671432	02/02/2023
4	MARZO	$ 1.250.588	$ 382.100	65800590	07/03/2023
5	ABRIL	$ 1.795.830	$ 382.100	66610421	03/04/2023
6	MAYO	$ 1.795.830	$ 382.100	67320884	09/05/2023
7	JUNIO	$ 1.795.830	$ 382.100	68103031	08/06/2023
8	JULIO	$ 1.795.830	$ 382.100	68877018	12/07/2023
9	AGOSTO	$ 1.795.830	$ 382.100	69633032	09/08/2023
10	SEPTIEMBRE	$ 1.795.830	$ 382.100	70414637	08/09/2023
11	OCTUBRE	$ 1.795.830	$ 382.100	71184846	10/10/2023
12	NOVIEMBRE	$ 1.786.175	$ 382.100	71965091	11/10/2023
13	DICIEMBRE	$ 1.089.540	$ 382.100	72756220	21/12/2023
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 4.942.764	$ 22.901.070	$ 19.203.921	$ 3.697.149

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS TÉCNICOS COMO AUXILIAR ENFERMERÍA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

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

	OBLIGACIONES ESPECIFICAS (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 en su condición de auxiliar de enfermería, en lo relacionado con actividades de promoción de la salud y detección de la enfermedad, en actualización bases de datos, asignación de citas, demanda Inducida, seguimiento, vacunación, esterilización, desinfección de consultorios y demás procedimientos, actividades y reportes que se derivan de la atención, de acuerdo a demanda de servicios y según disponibilidad de tiempo. Enmarcado dentro de los parámetros de calidad definidos en la normatividad vigente del sistema obligatorio de garantía de calidad en salud y acogiendo las guías y protocolos definidos por la Subred.	* Se realizó con los usuarios agendados de la ruta cardio cerebro vascular y metabólica, toma de signos vitales y medidas antropométricas, pruebas rápidas de creatinina y hemoglobina glicosilada para control de estado actual de salud y asignación de citas por médico general y especialidades (Medicina interna). * Se realizó el registro de las actividades desarrolladas con los pacientes-usuarios en Dinámica Gerencial - Historia Clínica y en las bases de datos con las cuenta para el seguimiento de los pacientes crónicos y de la ruta cardio cerebro vascular y metabólica	Registro en Dinámica Gerencial - Historia Clínica Bases de datos de excel seguimientos cohortes
2	Apoyar los procesos relacionados con SIVIGILA IAAS, BAI, EEVV y seguimiento a cohortes.	* Se realizó el seguimientos a las cohortes enviadas por el área Gestión del Riesgo y el técnico de sistemas de la ruta Cardiocerebro Vascular y Metabólica. Consultando la plataforma Dinámica Gerencial - Historia Clínica y las bases de datos en excel. Se registraron las observaciones en los pacientes contactados vía celular	Registro en Dinámica Gerencial - Historia Clínica Bases de datos de excel seguimientos cohortes
3	Realizar actividades de educación a usuarios y familiares conforme a lo requerido en la subred.	* Se realizó educación presonalizada a cada uno de los pacientes que asistieron al Punto Tu Cuidado sobre hábitos alimenticios adecuados, actividad física y cumplimiento en controles médicos que promuevan la prevencion de riesgo y manejo de la enfermedad. * Se brindó educación presencial grupal a los usuarios haciendo enfásis en la importancia del auto cuidado, hábitos alimenticios adecuados, actividad física y cumplimiento en controles médicos que promuevan la prevencion de riesgo y manejo de la enfermedad. * Se realizó la asignación de: citas control, laboratorios, médico general y especialista.	Registro en Dinámica Gerencial - Historia Clínica Bases de datos de excel seguimientos cohortes
4	Cumplir con las normas de bioseguridad, limpieza y desinfección conforme a los protocolos y guías institucionales.	* Se dio cumplimento a las normas de bioseguridad, limpieza y desinfección de acuerdo con los protocolos y guías institucionales; la Unidad de atención y servicio en la cual se me asigno en este periodo.	Registros de Punto Satelite - Formato de limpieza y desinfección
5	Apoyar el proceso relacionado con gestión de fuentes de información.	* Se realizó el registro de los pacientes atendidos, actividades desarrolladas presenciales y de las canalizaciones vía telefónica o presencial realizadas en las bases de datos establecidas	Registro en Dinámica Gerencial - Historia Clínica Bases de datos de excel seguimientos cohortes
6	Ejercer las actividades propias de la profesión de conformidad con las normas y/o reglamentos de acuerdo al objeto contractual y las necesidades del servicio	* Se realizaron las actividades asignadas como auxiliar de enfermería en las diferentes unidades de atención asignada para este periodo	Registro en Dinámica Gerencial - Historia Clínica Bases de datos de excel
7	Recibir y entregar turno de acuerdo a lo acordado con el supervisor y de conformidad al objeto misional de la entidad.	* Para este periodo en las unidades asignada no es necesario la entrega de turnos, ya que se realiza la atención de pacientes- usuarios en unico horario	Registro en Dinámica Gerencial - Historia Clínica Bases de datos de excel
8	Realizar de manera oportuna y eficaz las funciones especificas mencionadas con el objeto de garantizar la adecuada atención de pacientes de una manera eficiente y altamente humanizada, apoyando y gestionando de manera constante el fortalecimiento de las subredes en el modelo de atención, en el marco del convenio No 007 - 2021.	* Se realizaron las actividades dentro del marco del convenio actual No. 0009- 2023 de la Ruta Cardio Cerebrovascular y Metabólica * Se aclara que el Convenio No. 007 -2021 culmino en enero de 2023.	Registro en las bases de datos

Observaciones:

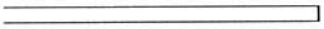
Nota: Es deber contractual anexar la certificación del pago a Salud, pensión y ARL. En caso de tener contrato nuevo adjuntar el soporte de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud como cotizante y afiliación a pensión., Teniendo en cuenta que con la implementación del Decreto 1273 de 2018 el pago de aportes se hace de manera vencida de acuerdo con las fechas establecidas en el Decreto 1990 de 2016.

ANGIE JULIETH GODOY

Firma del Contratista

C.C. 1.000.830.436 de BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 1	
NOMBRE:	JULI PAOLA NEIRA BAUTISTA
CARGO:	Director Tecnico Servicios Ambulatorios (e)
FIRMA	



Cuenta de cobro (013) - 2023

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. Nit. 900.959.051-7

DEBE A:
ANGIE JULIETH GODOY PERILLA
C.C 1000830436 De Bogotá

LA SUMA DE:

UN MILLÓN OCHENTA Y NUEVE MIL QUINIENTOS CUARENTA PESOS M/CTE

($1.089.540)

Por concepto de:

Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No PS 1962 2023 correspondiente del 1 AL 20 de DICIEMBRE 2023

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS TÉCNICOS COMO AUXILIAR ENFERMERÍA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Cordialmente.

ANGIE JULIETH GODOY

C.C: 1000830436 De Bogotá
TELÉFONO: 3152614250
DIRECCIÓN: Carrera 26B # 32 -20 Sur
BANCO: Davivienda
NÚMERO DE CUENTA: 0550488414017084 cuenta de ahorros

FECHA DE GENERACIÓN DE CUENTA: **31/12/2023**

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	1000830436	ANGIE JULIETH GODOY PERILLA	Cra 26 b # 32 20 sur	5684894	juligoday.perilla@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-11	2023-11	I	21/12/2023	72756220	$385.700	

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	145.000	0		0		0	9	1.300	0	146.300	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	185.600	0	0	0	0	9	1.700	0	187.300	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	28.300				28.300	9	300	28.600			283	28.600	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	23.200	9	300	23.500	1

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	145.000	146.300
Pensión	1	185.600	187.300
Riesgos Laborales	1	28.300	28.600
CCF	1	23.200	23.500
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	382.100	385.700

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	1000830436	ANGIE JULIETH GODOY PERILLA		Cra 26 b # 32 20 sur	5684894	juligodoy.perilla@gmail.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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-11	2023-11	I	21/12/2023	72756220	$385.700	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
lo.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. Exterior	Estudiante	IRP	INT	TDP	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
1	CC	1000830436	GODOY PERILLA ANGIE JULIETH	57	0			N																	230201	1,160,000	185,600	0	0	0	0	EPS008	1,160,000	145,000	14-23	1,160,000	3	28,300	CCF24	1,160,000	23,200	0	0	0	0	0

PAGADA

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