E.S.E. HOSPITAL
SAN ANTONIO CERRITO

INFORME DE CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES EN CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION.

1. INFORMACIÓN GENERAL	
NÚMERO DE CONTRATO	**CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION N.º 10**
FECHA DE SUSCRIPCIÓN	12 DE ENERO DE 2024
OBJETO	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA DE COMPLEMENTARIEDAD EN PROMOCION Y PREVENCION Y ACTIVIDADES EXTRAMURALES EN E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE CERRITO SANTANDER.
CONTRATISTA / REP. LEGAL	**MARIA DEL ROSARIO VARGAS GONZALEZ**
NIT / DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1.098.130.374 de Cerrito
VALOR	**$4.267.000**
PLAZO	DOS (2) MESES VEINTE (20) DIAS
FECHA ACTA DE INICIO	12 DE ENERO DE 2024
FECHA DE TERMINACIÓN PROYECTADA	31 DE MARZO 2024

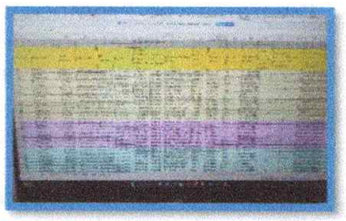
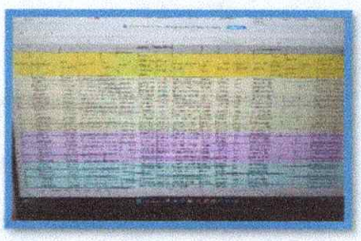
PERÍODO AL QUE CORRESPONDE EL INFORME	12 AL 31 DE ENERO 2024	
FECHA DE PRESENTACIÓN	01 FEBRERO DE 2024	
NÚMERO DE INFORME	1	
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	**FÍSICA**	**PRESUPUESTAL**
	25%	0%

NOMBRE DEL SUPERVISOR	**CLAUDIA MARCELA RUBIANO MURILLO**
CARGO / CONTRATISTA	ENFERMERA JEFE

2. GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES ESPECÍFICAS

No.	OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES REALIZADAS	EVIDENCIAS
1.	1. Realizar el Plan de Trabajo mensual del área asignada teniendo en cuenta el perfil epidemiológico del municipio, factores protectores y determinantes en el marco del MODELO DE ATENCION PRIMARIA en coordinación con el profesional de enfermería municipal y el Supervisor, actualizándolo mensualmente según los riesgos encontrados.	1Realice el Plan de Trabajo mensual del área asignada teniendo en cuenta el perfil epidemiológico del municipio, factores protectores y determinantes en el marco del MODELO DE ATENCION PRIMARIA en coordinación con el profesional de enfermería municipal y el Supervisor, actualizándolo mensualmente según los riesgos encontrados.	Realizo cronograma de actividades mensual.

2.	Elaborar y presentar el mapa de área asignada identificando los factores de riesgo de salud pública a nivel de familia y comunidad y los formatos de clasificación de riesgo por familia.	Elabore y presente el mapa de área asignada identificando los factores de riesgo de salud pública a nivel de familia y comunidad y los formatos de clasificación de riesgo por familia.	AZ de trabajo Atención Primaria en Salud 2024.
3.	Presentar un informe de análisis de los hallazgos, utilizando las herramientas de Atención Primaria en Salud - APS (Familiograma, ecomapa, etc.) más importantes de la aplicación de la ficha.	Presente un informe de análisis de los hallazgos, utilizando las herramientas de Atención Primaria en Salud - APS (Familiograma, ecomapa, etc.) más importantes de la aplicación de la ficha.	AZ de trabajo Atención Primaria en Salud 2024.
4.	Asistir a reuniones con madres comunitarias y FAMI, presidentes JAC, Lideres de Familias en Acción, Profesores y presentar Actas de reuniones con compromisos	No se ejecutó en este periodo	No aplica para este periodo
5.	Presentar informe de las sesiones educativas de salud pública realizadas en su comunidad	Presente informe de las sesiones educativas de salud pública realizadas en su comunidad	AZ de trabajo Atención Primaria en Salud 2023.
6.	Presentar informe mensual de las acciones realizadas por componente de Salud Publicas, PAT, Tuberculosis, Lepra, Cáncer, Crónicas, Nutrición, ETV, Salud Ambiental, Salud Mental prioritariamente la población infantil menor de 5 anos	Se realiza apoyo de la actividad del día mundial de la enfermedad de Hansen o lepra	AZ de trabajo Atención Primaria en Salud 2024. (evidencia fotográfica, lista de asistencia, cartelera) 
7.	Presentar censo de las gestantes de la vereda asignada (actualizarlo bimensualmente)	Realizo demanda inducida de censo para participación de curso preparación para la maternidad y paternidad mensualmente	anexo evidencia fotograficas, listas de asistencia.) az de curso preparación para la maternidad y paternidad mensualmente. 

8.	Presentar informe trimestral de búsqueda activa comunitaria e Investigaciones de campo en las que participa.	Realizo demanda inducida y llamada telefónica para asignación de citas	Cuaderno de citas mensual de citas PYP y cuadro de demanda inducida sanitas 
9.	Participar en jornadas nacionales de vacunación, evaluación de coberturas y programas dirigidos a la atención de población infantil y presentar soportes de participaci6n en las jornadas de vacunación	Este mes no se realizó apoyo	Este mes no se realizó apoyo
10.	Presentar soportes de seguimiento y apoyo a los Programas de Promoción y Prevención orientados a la población infantil.	Realice demanda inducida primera infancia	Realice demanda inducida primera infancia
11	Presentar informe de Intervención realizado a las Remisiones. (Confrontar las remisiones hechas en campo y las que llegan a la institución)	Realizo llamada telefónica y demanda inducida remitidas a citas a la institución	Realizo llamada telefónica y demanda inducida remitidas a citas a la institución 
12	Presentar los soportes de asistencia a los eventos de capacitación convocados por la Enfermera jefe del Hospital.	No se presenta para esta vigencia	No se presenta para esta vigencia
13	Asistir permanentemente y dedicar el tiempo necesario en la vereda asignada para dar cumplimiento a las actividades que se contratan y el cumplimiento de las metas que le correspondan, lo cual deberá ser respaldado con la constancia de permanencia expedida por el presidente de la Junta de Acción Comunal de la vereda a la que asistió, atendiendo las dificultades de conectividad en el municipio para Llegar a la población objetivo.	No se realiza salida a vereda en esta vigencia Se realiza por llamada telefónica demanda inducida y asignación de citas	No se realiza salida a vereda en esta vigencia, Se realiza por llamada telefónica demanda inducida y asignación de citas

14	Dar cumplimiento a las actividades correspondientes a Programas de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad, donde debe demostrar mensualmente que realice) las actividades señaladas en el Anexo N° 01 adjunto al presente documento, donde se pueda evidenciar el grado de cumplimiento y por consiguiente el valor a pagar.	Realizo metas por curso de vida demanda inducida.	Realizo metas por curso de vida demanda inducida.
15	Desarrollar actividades de vigilancia epidemiológica en todas aquellas situaciones que sean factor de riesgo para la población que le ha sido asignada.	Se realiza capacitación de lepra en la institución	evidencia fotográfica, lista de asistencia, cartelera) 
16	Prestar apoyo cuando se requiera reforzar el servicio asistencial por aumento de pacientes u otros factores que determinen la demanda de sus servicios	Apoyo a atención de paciente en el área de promoción y mantenimiento de la salud.	Apoyo a atención de paciente en el área de promoción y mantenimiento de la salud.
17	Colaborar en la ejecución de los Proyectos de Plan de Salud Pública de acuerdo a la programación realizada por la persona encargada en la E.S.E	No se presentó para esta vigencia	No se presentó para esta vigencia
18	Colaborar en la coordinación y participación activa en el Plan de Emergencia Hospitalaria.	No aplico para esta vigencia	No aplico para esta vigencia
19	Apoyar el Componente Operativo Anual de Inversiones en Salud (COAI).	No aplico para esta vigencia	No aplico para esta vigencia
20	Participar en los programas de capacitación tanto intra coma extramurales	Capacitación morbilidad materno perinatal por el departamento virtual	Capacitación morbilidad materno perinatal por el departamento virtual
21	Contar con disponibilidad de turno para el servicio de transporte asistencial básico, cuando no se este en turno en la institución, realizar la disponibilidad desde la residencia	Se realiza traslados asistenciales básicos desde la E.S.E Hospital San Antonio de Cerrito al Hospital Regional de Málaga	Az de papeleria de traslados asistencial basico en el area de urgencia.

22	Las demás actividades que le sean asignadas y que conlleven al cumplimiento a satisfacción del objeto contractual	Apoyo a atención de paciente en el área de promoción y mantenimiento de la salud.	Apoyo a atención de paciente en el área de promoción y mantenimiento de la salud.

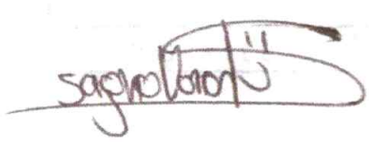
3. RELACIÓN DE PAGOS A SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES SI APLICA

ITEM	PERÍODO DE PAGO AÑO – MES	FECHA DE PAGO AÑO – MES – DÍA	VALOR PAGADO
PENSIÓN	2024 - 01	22-01-2024	**$208.000**
SALUD	2024 - 01	22-01-2024	**$162.500**
RIESGOS PROFESIONALES	2024 - 01	22-01-2024	**$31.700**
PARAFISCALES	-	-	-

1. ANEXOS (PRUEBAS DE LAS EVIDENCIAS REFERIDAS - N° 1 FOLIOS)
Anexo seguridad social mes de ENERO 2024
AZ Plan de trabajo APS 2024
Inventario y actas de Ambulancias

CONTRATISTA

FIRMA



NOMBRE Y CÉDULA
MARIA DEL ROSARIO VARGAS GONZALEZ
C.C. N° 1.098.130.374 DE CERRITO

Original: EXPEDIENTE DEL CONTRATO
Copia: SUPERVISION - CONTA

E.S.E. HOSPITAL
SAN ANTONIO CERRITO

CUENTA DE COBRO N° 01

LA E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE CERRITO SANTANDER
NIT: 804.013.228-5

DEBE A:

NOMBRE:	**MARIA EDL ROSARIO VARGAS GONZALEZ**
C.C. N°:	1.098.130.374 CERRITO.
DIRECCION:	CALLE 4N 5-30 BARRIO SANTANDER
TELEFONO:	3165658255
CIUDAD:	Cerrito Santander
FECHA:	**31 DE ENERO DE 2024**

CONCEPTO	VALOR
"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA DE COMPLEMENTARIEDAD EN PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN Y ACTIVIDADES EXTRAMURALES EN LA E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE CERRITO SANTANDER" según Contrato N° 10 de 2024, correspondientes al periodo comprendido entre el DOCE (12) ENERO al TREINTA Y UNO (31) DE ENERO del dos mil veinticuatro (2024).	$1.067.000
TOTAL	$.1.067.000

Atentamente,

MARIA DEL ROSARIO VARGAS GONZALEZ
C.C. N°1.098.130.374 de Cerrito.

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1098130374
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			MARIA VARGAS GONZALEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	BUCARAMANGA	DEPARTAMENTO:	SANTANDER
DIRECCIÓN:	CERRITO CENTRO	TELÉFONO:	7777777
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de atención de la salud humana.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		4535925880	TIPO DE PLANILLA:		I-
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	enero AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	enero AÑO
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/01/22	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR P
230301	230301-PORVENIR	1	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 208.000	$ 0	
SUBTOTALES:										**$ 208.000**	**$ 0**	

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 0	
SUBTOTALES:													**$ 162.500**	**$ 0**	**$ 0**	

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR
14-25	14-25-COLMENA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 31.700	$ 31.700	$ 0	$ 0	
SUBTOTALES:									**$ 31.700**	**$ 0**	**$ 0**	

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																	SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES					
Nº	IDENTIFICACION	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN						SALUD					ARP					CCF		SENA	ICE
																										ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOT APO
1	CC 1098130374	VARGAS GONZALEZ MARIA DEL ROSARIO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.300.000			NO																		230301-PORVENIR	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000	EPS005-SANITAS S.A	30	$ 1.300.000	$ 162.500	$ 0	$ 162.500	14-25-COLMENA	30	$ 1.300.000	109813037	$ 31.700		$ 0		$ 0	$ 0	

TOTAL	

Planilla Pagada