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
VERSIN: 03
FECHA: 2021-12-27

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 2889 2024	**C.D.P. No.:**	317	**Proceso que pertenece:**	MISIONAL
				Servicio al que pertenece:	URGENCIAS
				Unidad a la que pertenece:	HOSPITAL SAN BLAS

Nombre del Contratista: JUAN DAVID NOVOA PEÑA **C.C.** 1.030.524.354 **de:** BOGOTÁ D.C.

Fecha Inicio: 2024-01-21 **Fecha Terminación Incial:** 2024-03-20 **Valor Mensual:** $ 1.976.064 **Valor a cobrar:** $ 2.634.752

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO PLANILLA
1	ENERO	$ 881.792	$ 360.400	73593087	19/01/2024
2	FEBRERO	$ 2.634.752	$ 404.500	74328799	19/02/2024
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 3.952.128	$ 3.952.128	$ 3.516.544	$ 435.584

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2024-02-01 **Hasta:** 2024-02-29

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Descargar del aplicativo NETUX y/o las enviadas por correo las Historias que hayn presentando cada una de las atencion por el convenio APH	Historias en esta Finalizadas , sebirsen a Dinamica Gerencial en casono que hayn sido atenciones efectivas	Registro en Dinamica Gerencial
2	Relacionar cada uno de las historias de APH en el DRIVE dispuesto para tal fin registrando el total de informacion que alli se requiere	Diligenciamiento de DRIVE	Drive-ubicado en el correo autorizacionesaphsur@gmail.com
3	Realizar verificacion en todas las bases de datos (FOSYGA, DNP, BDUA, Comprobador, Web, paginas de las EAPB, entre Otras), el estado de afiliación del paciente o los pacientes, tanto por numero de documentos como por nombres y apellidos, esto con el fin de realizar una correcta identificacion de la EAPB de cada uno de los pacientes a los cuales aplica para realizar reporte de traslado y/o valoracion realizada por las tripulaciones de APH	Subir todos los soportes de verificacion en el Sistema informacion Dinamica (Requerimientos)	Registro en Dinamica Gerencial
4	Dejar todos los soportes de verificacion de derechos y gestion de autorizaciones en el sistema de Informacion Dinamica Gerencial en el ITEM de Requerimientos	Realizacion un aplicativo de BITACORAS el seguimiento periodico en seguramiento del paciente	GESTION DE INGRESOS
5	Realizar apertura del ingreso con todos los datos correspondientes tales como Nº de documento de identidad, nombres y apellidos, direccion, telefono, nombre del acompañante y/o actualizacion de los mismos en el sistema de informacion Dinamica Gerencial	Actualizacion en Dinamica Gerencial	Registro en Dinamica Gerencial
6	Realizar gestión de autorizaciones como se encuentra establecido en la Resolución 3047-2008 y los mecanismos que se tenga por cada una de las EAPB	Respuesta de correos por parte de las EAPB, Autorizaciones generadas por plataformas	reportedeautorizaciones24@subredcentrooriente.gov.co
7	Realización de los formatos establecidos en los casos de accidente de tránsito (Furips, Futran).	Formatos diligenciado en Dinamica Gerencial y aplicativo SIRAS	reportedeautorizaciones24@subredcentrooriente.gov.co
8	Realizar BITACORA de la solicitud de autorizaciones y dejar gestion en Dinámica Gerencial (REQUERIMIENTOS)	Realizar BITACORAS con gestion y o subor autorizaciones	http://172.20.33.86/registro_autorizaciones/registro
9	Reportar al convenio APH, via correo los soportes faltantes para gestión de autorización	soporte correos enviados desde correo institucional	autorizacionesaph@subredcentrooriente.gov.co
10	Reportar A APH, las Historias no entregadas OPORTUNAMENTE.	soporte correos enviados desde correo institucional	autorizacionesaph@subredcentrooriente.gov.co
11	Realizar seguimiento a los casos que desde la gestion inicial no se obtenga la autorizacion (Correo,telefonio y o por plataformas), esto con el fin que al final contemos con autorizacion de los servicios solicitados	seguimiento diario registrados en DRIVE	reportedeautorizaciones24@subredcentrooriente.gov.co y/o plataforma de las EAPB
12	Dar respuesta a cada uno de los casos que se solicite de las diferentes areas frente a los soportes de gestion de autorizacion	respuesta de correos con los soportes solicitados	autorizacionesaph@subredcentrooriente.gov.co
13	Realizar las demas actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor de contrato. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato	Asistir y participar en las capacitaciones, socializaciones, espacios técnico-científicos que se programen desde la entidad	actas
14	Asistir y participar en las capacitaciones, socializaciones, espacios técnico-científicos que se programen desde la entidad		Actas de capacitacion

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 implementacion 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.

Juan Novoa

Firma del Contratista

C.C. 1.030.524.354 **de** BOGOTÁ D.C.

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 1	
NOMBRE:	LUZ GUISELLE LINARES JIMENEZ
CARGO:	DIRECTOR TÉCNICO CODIGO 009 GRADO 05
FIRMA	Luz Guiselle L.

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	1030624354	JUAN DAVID NOVOA PEÑA	Cra 78f 0 - 33	3007705806	juandanovoap@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	
2024-01	2024-01	I	19/02/2024	74328799	$404.500	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	162.500	0		0		0	6	900	0	163.400	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	208.000	0	0	0	0	6	1.200	0	209.200	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	31.700				31.700	6	200	31.900			317	31.900	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	162.500	163.400
Pensión	1	208.000	209.200
Riesgos Laborales	1	31.700	31.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	402.200	404.500

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	1030524354	JUAN DAVID NOVOA PEÑA		Cra 78f 0 - 33	3007705806	juandanovoap@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	
2024-01	2024-01	I	19/02/2024	74328799	$404.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Dep.	Rel.	Int.	Ext.	Cot. Alt.	Ing	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	1030524354	NOVOA PEÑA JUAN DAVID	57	0			N																	230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS017	1.300.000	162.500	14-11	1.300.000	3	31.700		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

CUENTA DE COBRO No. PS 2834
FECHA 29/02/2024

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD
CENTRO ORIENTE E.S.E.
Nit. 900.959.051.7

DEBE A:

JUAN DAVID NOVOA PEÑA
C.C 1030524354

LA SUMA DE

DOS MILLONES SEISIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL SETESIENTOS

CINCUENTA Y DOS PESOS

($2.634.752)

Por concepto de **248 HORAS**, Honorarios por Prestación de Servicios en cumplimiento del Contrato No. **PS 2889 2024**, con afiliación a **ARL RIESGO 3** correspondiente al mes de **ENERO 2024.**

OBJETO: **PRESTAR SERVICIOS DE BACHILLER COMO AUTORIZADOR Y ADMISIONISTA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E**

Cordialmente,

Juan Novoa

JUAN DAVID NOVOA PEÑA
C.C 1030524354
TELEFONO: 3007705806 DIRECCION: CRA 78F NUMERO 0 33
N° DE CUENTA: 3195317924 DAVIPLATA