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 5516 2023	**C.D.P. No.:**	1399
Proceso que pertenece:	CONVENIO 0002 - 2023		
Servicio al que pertenece:	CONSULTA EXTERNA		
Unidad a la que pertenece:	UHMES SANTA CLARA		

Nombre del Contratista: SINDY MILENA DIAZ USECHE **C.C.** 1,031,147,581 **de:** BOGOTA

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

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 2.460.448	1654	7/06/2023	6/07/2023
2	$ 2.460.448	1983	7/07/2023	6/08/2023
3	$ 2.460.448	2295	7/08/2023	6/09/2023
4	$ 2.460.448	2802	7/09/2023	6/10/2023
5	$ 2.460.448	3415	7/10/2023	6/11/2023
6	$ 2.240.837	3961	7/11/2023	6/12/2023
7	$ 1.451.664	4117	7/12/2023	1/02/2024
8	$ 4.371.396	123	7/12/2023	1/02/2024
9	$ 1.558.284		2024-02-02	2024-03-31
10				
10				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO PLANILLA
1	MAYO	$ 1.390.688	$ 358.900	0	0,00
2	JUNIO	$ 2.460.448	$ 358.900	68541125	13/06/2023
3	JULIO	$ 2.460.448	$ 358.900	69315373	07/12/2023
4	AGOSTO	$ 2.460.448	$ 358.900	70058449	08/10/2023
5	SEPTIEMBRE	$ 2.460.448	$ 358.900	70915845	14/09/2023
6	OCTUBRE	$ 2.460.448	$ 358.900	71709102	17/10/2023
7	NOVIEMBRE	$ 2.460.448	$ 358.900	72415978	14/11/2023
8	DICIEMBRE	$ 1.451.664	$ 358.900	73431278	20/12/2023
9	DICIEMBRE	$1.008.784	$ 358.900	73431278	20/12/2023
10	ENERO	$ 2.460.448	$ 358.900	74065376	19/01/2024
10	FEBRERO	$ 2.460.448	$ 402.200	74787715	15/02/2024

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 1.640.299	$ 23.564.720	$ 23.534.720	$30.000

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS TÉCNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA 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:** 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	PRODUTO O EVIDENCIA
1	Realizar el seguimiento presencial y telefónico al 100% de las familias abordadas por los EAC de acuerdo con la prioridad y tiempos establecidos	Se realiza llamadas y visitas y si la prioridad es alta y se presenta una novedad ir cada 15 días a visitar y hacer la respectiva novedad de oficio.	formato de novedad
2	Identificar durante la llamada alertas que requieran la intervención nuevamente del grupo base (nuevos integrantes al hogar o se han presentado novedades en la condición de salud de sus miembros, enfermedad, nuevo embarazo, nacimiento o fallecimiento).	Estar atentos a las llamadas que realizamos de acuerdo a las informacion que se nos brinda y asi poder crear un alerta en caso que exista.	Registro en el formato y cuadro de control
3	Reorientar las acciones convenidas inicialmente de ser necesario, de acuerdo con el seguimiento telefónico.	Si es necesario se vuelve a orientar el usuario y su familia de acuerdo a la informacion entregada.	Registro en el formato y cuadro de control
4	Elaborar un informe de seguimiento de las llamadas realizadas por el equipo donde se evidencie los avances y dificultades que han tenido las familias de acuerdo con el plan de cuidado concertado	Se realiza informe donde se identifiquen los avances y dificultades que se han obetenido en la familia según la visita y la llamada.	Registro en el formato y cuadro de control - firma de soporte de la visita
5	Realizar las alertas necesarias que permitan mejorar la adherencia de los usuarios a los planes de cuidado.	En caso que se requiera se realizaran alertas que permitan mejorar y mitigar asi los errores que se siguen presentando.	Registro en el formato y cuadro de control
6	Conservar la información que se ha capturado durante la ejecución del convenio que está en físico y/o digital de acuerdo con los lineamientos técnicos de gestión documental vigentes en la Subred y que se convierten en evidencias, para el pago y ejecución	De acuerdo a esto se diligencia como evidencia la historia clinica y se dan igual planes de cuidado para que toda la informacion quede concertada en evidencia de acuerdo a los lineamientos.	Registro en el formato y cuadro de control
7	Asistencia al comite de salud.8. Entre otras actividades que permitan la ejecucion del CONVENIO 0002 DE 2023. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato	Se asiste a comité de salud del convenio 0002 de 2023 para revisar la ejecucion de las visitas, avences y dificultades.	Firmas y actas 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

C.C. 1,031,147,581 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 1		VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 2	
NOMBRE:	Juli Paola Neira Bautista	NOMBRE:	N/A
CARGO:	Director Tecnico Servicios Ambulatorios	CARGO:	N/A
FIRMA		FIRMA	N/A

Cuenta de cobro 10- 2024

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

Nit. 900.959.051-7

DEBE A:

SINDY MILENA DIAZ USECHE

C.C. 1.031.147.581 DE BOGOTA D C

LA SUMA DE:
DOS MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS M/CTE

($ 2.460.448)

Por concepto de:

- Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del **contrato No PS 5516 2023** correspondiente del 01 al 29 de febrero de 2024

OBJETO:

PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. CONVENIO 0002 DE 2023

Cordialmente,

SINDY MILENA DIAZ USECHE
C.C. 1.031.147.581 DE BOGOTA
Teléfono: 3137836766
Dirección: CL 59 A BIS SUR 73 34
No Cuenta ahorros Bancolombia 69800019320

Fecha: 29 febrero 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	1031147581	SINDY MILENA DIAZ USECHE		CL 59 a bis sur 76 34	2381197	sindymilenadiazu10@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2024-01	2024-01	I	15/02/2024	74787715	$402.200

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					
EPS041	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	900156264-2	162.500	0		0		0	0	0	0	162.500	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	208.000	0	0	0	0	0	0		208.000	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	0	0	31.700			317	31.700	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	162.500
Pensión	1	208.000	208.000
Riesgos Laborales	1	31.700	31.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	402.200	402.200

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