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 1565 2024 | **C.D.P. No.:** | 140 |
| **Proceso que pertenece:** | MISIONAL | | |
| **Servicio al que pertenece:** | HOSPITALARIOS | | |
| **Unidad a la que pertenece:** | CARCEL DISTRITAL | | |
| **Nombre del Contratista:** | YUDY OSPINA TORRES | **C.C.** | 52.624.054 **de:** BOGOTA |
| **Fecha Inicio:** | 22/01/2024 | **Fecha Terminación inicial:** | 20/03/2024 |
| **Valor Mensual:** | $ 3.597.312 | **Valor a cobrar:** | $ 3.822.144 |

| 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 | | | | |

| Nº CTA | MES DE CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR | VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL | NÚMERO DE PLANILLA | FECHA DE PAGO PLANILLA |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | ENERO | $ 1.086.688 | $ 411.400 | 73415625 | 18/01/2024 |
| 2 | FEBRERO | $ 3.822.144 | $ 412.900 | 74167677 | 20/02/2024 |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |
| 5 | | | | | |
| 6 | | | | | |
| 7 | | | | | |
| 8 | | | | | |
| 9 | | | | | |
| 10 | | | | | |
| 11 | | | | | |
| 12 | | | | | |
| 13 | | | | | |

| Resumen de contrato | VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|---|
| | $ 8.243.840 | $ 8.243.840 | $ 4.908.832 | $ 3.335.008 |

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

**OBJETO DEL CONTRATO**

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERO (A) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

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

| | OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (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 forma personal y autónoma como enfermero(a) en el servicio de consulta externa, en lo relacionado con actividades de promoción de la salud y detección de la enfermedad según curso de vida. | Seguimiento y administración de medicamentos controlados a personas privadas de la libertad de la Cárcel Distrital | KARDEX FIRMADOS POR LAS PPL |
| 2 | Realizar procedimientos de acuerdo a su competencia | Curaciones, inyectología, toma de tensión arterial y triage a personas privadas de la libertad de la Cárcel Distrital | LIBRO DE PROCEDIMIENTOS |
| 3 | Realizar seguimiento a los programas de promoción de la salud y detección de la enfermedad conforme a las necesidades del servicio, así como eventos de interés en salud pública. | Actualización de bases de datos de crónicos, enfermedades transmisibles (VIH - SIFILIS) y reporte SIVIGILA | BASES DE DATOS EN DRIVE INSTITUCIONAL |
| 4 | Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente. | Seguimiento y administración de medicamentos insulina a personas privadas de la libertad de la Cárcel Distrital | KARDEX FIRMADOS POR LAS PPL |
| 5 | Cumplir con las normas de bioseguridad, limpieza y desinfección conforme a los protocolos y guías de la entidad. | Seguimiento a formatos de limpieza y desinfección de instrumental utilizado | FORMATOS CORRESPONDIENTES |
| 6 | Apoyar el proceso de gestión y operación de: BAI, SIVIGILA, IAAS, EEVV, patologías y eventos de alto costo, seguimiento y monitoreo de cohortes según grupos de riesgo priorizados en el marco del MAITE. | Reporte de Eventos de notificación obligatoria (SIVIGILA) | SIVIGILA |
| 7 | Apoyar el proceso de gestión de fuentes de información y bases de datos relacionadas con las cohortes de seguimiento. | Actualización de bases de datos de crónicos, enfermedades transmisibles (VIH - SIFILIS) | BASES DE DATOS EN DRIVE INSTITUCIONAL |
| 8 | Realizar el diligenciamiento de los RIPS de conformidad a la normatividad vigente y requerimientos institucionales. | RIPS correspondientes a la consulta de P y D | RIPS |
| 9 | Apoyar actividades relacionadas con el proceso de acreditación de la SUBRED Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. | Capacitaciones y reuniones requeridas. | ACTAS DE ASISTENCIA |
| 10 | Participar activamente en el sistema de vigilancia epidemiológica mediante la notificación oportuna de informes de los casos o posibles brotes infecciosos para toma de conductas que prevengan la presencia o proliferación de infecciones en los servicios | Reporte de Eventos de notificación obligatoria (SIVIGILA) | FICHAS DE NOTIFICACION |
| 11 | Responder por los inventarios, conservación y uso adecuado de los equipos, elementos e insumos entregados en el servicio | Formatos correspondientes. | Formatos de Limpieza y desinfeccion |

**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.

Yudy Ospina
**Firma del Contratista**
C.C. 52.624.054 de BOGOTA

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. | |
|---|---|
| NOMBRE: | JUL PAOLA NEIRA BAUTISTA |
| CARGO: | DIRECTORA TECNICA AMBULATORIOS |
| FIRMA | |

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 2 | |
|---|---|
| NOMBRE: | GUILLERMO RUBI |
| CARGO: | DIRECTOR HOSPITAL SANTA CLARA |
| FIRMA | |

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



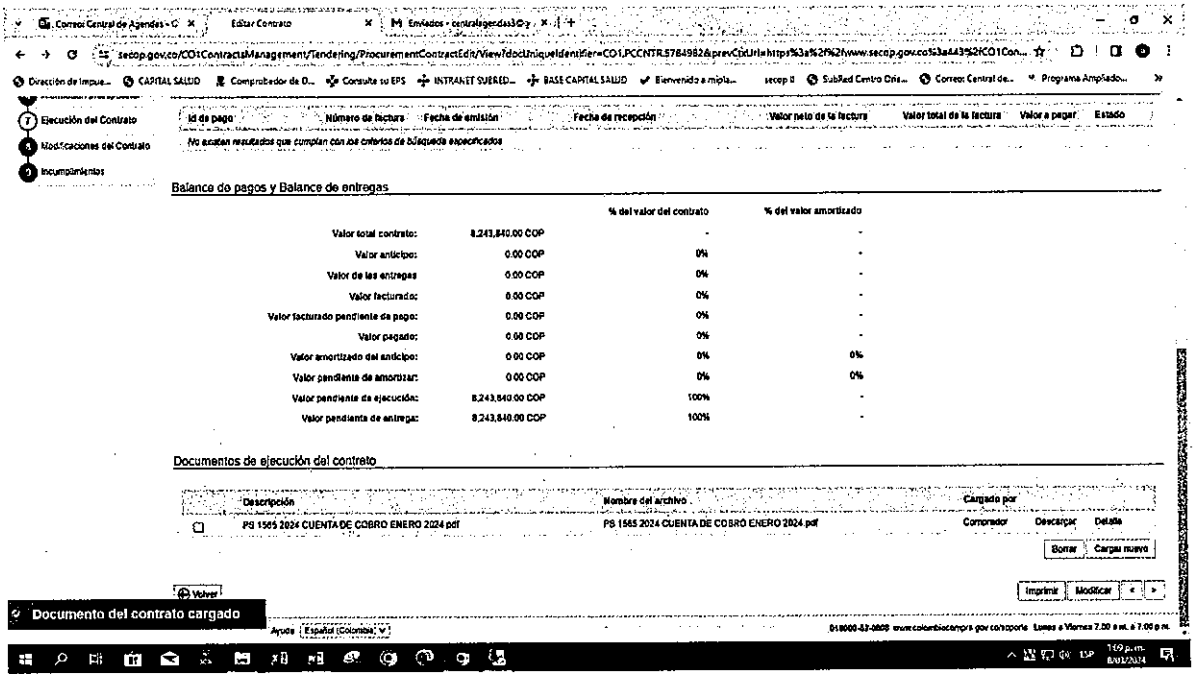
| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 52624054 | YUDY OSPINA TORRES | Calle 73 # 101 29 Apto 401 | 3877971 | YUOSTO@HOTMAIL.COM | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE 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 | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2024-01 | 2024-01 | I | 20/02/2024 | 74167677 | $412.900 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colom. en el Exte. | Estudiante | INC | ALT | VSP | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | COMISIÓN | 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 | 52624054 | OSPINA TORRES YUDY | 3 | 0 | | N | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 1.438.925 | 230.300 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS008 | 1.438.925 | 179.900 | | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

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


Correo Central de Agendes - C
Editar Contrato
Enviados - centralagendas3@y
secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/ProcurementContractEdit/View?docUniqueIdentifier=CO1.PCCNTR.5784982&prevCtxUrl=https%3a%2f%2fwww.secop.gov.co%3a443%2fCO1Con...
Dirección de Impue...
CAPITAL SALUD
Comprobador de D...
Consulte su EPS
INTRANET SUERED...
BASE CAPITAL SALUD
Bienvenido a mipla...
secop II
SubRed Centro Orie...
Correo Central de...
Programa Ampliado...
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos
Id de pago
Número de factura
Fecha de emisión
Fecha de recepción
Valor neto de la factura
Valor total de la factura
Valor a pagar
Estado
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados
Balance de pagos y Balance de entregas
% del valor del contrato
% del valor amortizado
Valor total contrato: 8,243,840.00 COP - -
Valor anticipo: 0.00 COP 0% -
Valor de las entregas 0.00 COP 0% -
Valor facturado: 0.00 COP 0% -
Valor facturado pendiente de pago: 0.00 COP 0% -
Valor pagado: 0.00 COP 0% -
Valor amortizado del anticipo: 0.00 COP 0% 0%
Valor pendiente de amortizar: 0.00 COP 0% 0%
Valor pendiente de ejecución: 8,243,840.00 COP 100% -
Valor pendiente de entrega: 8,243,840.00 COP 100% -
Documentos de ejecución del contrato
Descripción
Nombre del archivo
Cargado por
PS 1565 2024 CUENTA DE COBRO ENERO 2024.pdf
PS 1565 2024 CUENTA DE COBRO ENERO 2024.pdf
Contratista
Descargar
Detalle
Borrar
Cargar nuevo
Volver
Imprimir
Modificar
Documento del contrato cargado
Ayuda
Español (Colombia)
1:59 p. m.
8/01/2024