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: 04
FECHA: 2024-02-22

## 1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| No. CONTRATO - OPS: | PS 1564 2024 | C.D.P. No.: | 140 | Proceso que pertenece: | DIRECCION DE AMBULATORIOS |
| | | | | Servicio al que pertenece: | CONSULTA EXTERNA |
| | | | | Unidad a la que pertenece: | JORGE ELIECER GAITAN Y LACHES |
| Nombre del Contratista: | JENNIFFER ANDREA MUÑOZ SAENZ | C.C. | 1.033.715.921 | de: | BOGOTA |
| Fecha Inicio: | 2024-01-21 | Fecha Terminación Inicial: | 2024-03-20 | Valor Mensual: | $ 3.672.256 |
| | | | | Valor a cobrar: | $ 3.709.728 |

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | $ 3.672.256 | | 2024-03-20 | 2024-04-20 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| N° CTA | MES DE CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR | VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL | NÚMERO DE PLANILLA | FECHA DE PAGO PLANILLA |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | ENERO-2024 | $ 1.367.728 | $ 415.100 | 73979251 | 17/01/2024 |
| 2 | FEBRERO-2024 | $ 3.672.256 | $ 437.400 | 74030514 | 21/02/2024 |
| 3 | MARZO-2024 | $ 3.709.728 | $ 466,100 | 75450554 | 11/03/2024 |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

| Resumen de contrato | VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|---|
| | $ 7.194.624 | $ 10.866.880 | $ 8.749.712 | $ 2.117.168 |

## 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 DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

**Relación de actividades para el periodo:** Desde: 2024-03-01 Hasta: 2024-03-31

| | 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 servicio de apoyo en forma personal y autónoma como enfermera 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, programas de atención y condiciones de los usuarios,programación y supervisión de las actividades que realizan las auxiliares de enfermería y demás procedimientos. | Se garantizo la realizacion de los cuidados a 100% de los pacientes que por su estado crítico así lo requirieron en el mes de MARZO del 2024 | Historias Clinicas Aplicativo Dinamica |
| 2 | Realizar procedimientos de acuerdo a su competencia | Se realizo el plan de cuidado de enfermeria al 100% de los pacientes teniendo en cuenta las necesiades del paciente, los riesgos clinicos, de seguridad y de salud mental en el mes de MARZO del 2024 | Historias Clinicas Aplicativo Dinamica |
| 3 | Realizar seguimiento a los programas de promoción de la salud y detección de la enfermedad conforme a necesidades del servicio, así como de eventos de interés en salud pública | Se realizo la identificacion de los riesgos al 100% de los pacientes atendidos y se implementaron las acciones preventivas para disminuir el riesgo de la presencia de sucesos de seguridad en el mes de MARZO del 2024 | Aplicativo Almera |
| 4 | .Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente | Se realizo la notificacion de eventos de los pacientes asignados en el mes de MARZO del 2024 en caso de ser requerido | Historias Clinicas Aplicativo Dinamica |
| 5 | Cumplir con las normas de bioseguridad, limpieza y desinfección conforme a los protocolos y guías de la entidad | Se realizo la limpieza y desinfeccion de consultorio, asi como lavdos de manos según manual de bioseguridad de la Subred Centro Oriente en el mes de MARZO del 2024 | Lista de limpieza y desinfeccion |
| 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 MIAS | Se realizo seguimiento a usuarios según evento en el mes de MARZO 2024 | Historias Clinicas Aplicativo Dinamica - Archivos drive de los cuales se lleva seguimiento a los usuarios |
| 7 | Apoyar el proceso de gestión de fuentes de información y bases de datos relacionadas con las cohortes de seguimiento. | Se garantizo el seguimiento adecuado de los seguimientos requeridos en el servicio para el mes de MARZO del 2024 | Historias Clinicas Aplicativo Dinamica |

**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.

Jennifer Muñoz S.
Firma del Contratista

C.C. 1.033.715.921 de BOGOTA D.C

**VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATO**

| | |
|---|---|
| NOMBRE: | JULI PAOLA NEIRA BAUTISTA |
| CARGO: | DIRECTOR OPERATIVO SERVICIOS AMBULATORIOS |
| FIRMA | |

Daniela C.

**CUENTA DE COBRO No. 03-2024**

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

**NIT 900.959.051-7**

**DEBE A**

**JENNIFFER ANDREA MUÑOZ SAENZ**

**C.C. 1033715921 DE BOGOTÁ D.C**

**LA SUMA DE:**

**($3.709.728) TRES MILLONES SETECIENTOS NUEVE MIL SETECIENTOS VEINTIOCHO PESOS M/CTE.**

Por concepto de: 198 HORAS Honorarios por Prestación de Servicios en cumplimiento del Contrato No. PS 1564 2024, con afiliación ARL RIESGO 3 correspondiente del 01/03/2024 AL 31/03/2024

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERO (A) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Jenniffer Muñoz S.

JENNIFFER ANDREA MUÑOZ SAENZ
C.C. 1033715921 DE BOGOTÁ D.C
Cel. 3213789355
Dir: CARRERA 10 C NO 30 D 11 SUR
Cuenta:000570100107 BANCO: DAVIVIENDA
31 DE MARZO DEL 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 | 1033715921 | JENNIFFER ANDREA MUÑOZ SAENZ | | Carrera 10 C no 30 D 11 sur | 3213789355 | jennimusa111@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 | UPC |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | 1 | 0 |
| 2024-02 | 2024-02 | I | 11/03/2024 | 75450554 | TOTAL A PAGAR | |
| | | | | | $466.100 | |

## 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 | 187.400 | 0 | | 0 | | 0 | 5 | 900 | 0 | 188.300 | 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 |
| 231001 | Colfondos | 800227940-6 | 239.900 | 0 | 0 | 0 | 0 | 5 | 1.100 | 0 | 241.000 | 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 | | | | | | | | | | |
| 14-7 | Seguros Bolivar S.A. | 860002503-2 | 36.600 | | | | 36.600 | 5 | 200 | 36.800 | | | 366 | 36.800 | 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 | 187.400 | 188.300 |
| Pensión | 1 | 239.900 | 241.000 |
| Riesgos Laborales | 1 | 36.600 | 36.800 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 463.900 | 466.100 |

Daniela C.

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 | 1033715921 | JENNIFFER ANDREA MUÑOZ SAENZ | | Carrera 10 C no 30 D 11 sur | 3213789355 | jennimusa111@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 | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2024-02 | 2024-02 | 1 | 11/03/2024 | 75450554 | $466.100 | |

## ETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colom. exterior | Reintegro | IGE | IRT | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | INL | 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 | 1033715921 | MUÑOZ SAENZ JENNIFFER ANDREA | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 231001 | 1.498.902 | 239.900 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS008 | 1.498.902 | 167.400 | 14-7 | 1.498.902 | 3 | 38.600 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

+ Agregar entidad

## Lista Entidades

10

| Id presentación | Nombre entidad | Fecha presentación | Presentar como | Motivo de presentación | Estado | Observaciones | Volver a presentar | Editar presentación | Imprimir hoja de vida validada | Eliminar |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1271792 | Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. | 27/02/2024 | Contratista | Nueva vinculación | Enviada a entidad | | | | | |
| 764209 | Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. | 30/07/2021 | Contratista | Actualización de datos | Enviada a entidad | | | | | |
| 574181 | Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. | 03/02/2021 | Contratista | Actualización de datos | Enviada a entidad | | | | | |
| 560305 | Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. | 28/01/2021 | Contratista | Actualización de datos | Enviada a entidad | | | | | |
| 130021 | Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. | 24/11/2019 | Contratista | Actualización de datos | Enviada a entidad | | | | | |
| 89566 | Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. | 30/07/2019 | Contratista | Actualización de datos | Enviada a entidad | | | | | |

|< < (1 of 1) > >|

A- A+