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 6338-2023	**C.D.P. No.:**	2412	**Proceso que pertenece:**	GESTIÓN DE CALIDAD
				Servicio al que pertenece:	GESTIÓN DE CALIDAD
				Unidad a la que pertenece:	UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SANTA CLARA

Nombre del Contratista: LAURA GISSELA ARIZA MARIN **C.C.** 1.026.595.840 **de:** BOGOTÁ

Fecha Inicio: 2023-08-10 **Fecha Terminación inicial:** 2023-12-31 **Valor Mensual:** $ 6.226.865 **Valor a cobrar:** $ 6.226.865

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 18.680.595	467	2024-01-01	2023-03-31
2	$ 1.452.935	1155	2024-04-01	2024-04-07

N° CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO PLANILLA
1	AGOSTO	$4.358.805,00			
2	SEPTIEMBRE	$ 6.226.865	$ 540.800	9456240119	13/9/2023
3	OCTUBRE	$ 6.226.865	$ 770.700	9456719993	10/10/2023
4	NOVIEMBRE	$ 6.226.865	$ 770.700	9458005233	10/11/2023
5	DICIEMBRE	$ 6.226.865	$ 771.700	9459418835	12/12/2023
6	ENERO	$ 6.226.865	$ 773.700	9461627972	15/1/2024
7	FEBRERO	$ 6.226.865	$ 773.700	9461627844	13/2/2024
8	MARZO	$ 6.226.865	$ 770.700	9463402862	11/3/2024
9	ABRIL	$ 1.452.935	$ 777.400	9464787694	19/4/2024

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 29.681.390	$ 49.814.920	$ 49.399.795	$ 415.125

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA OFICINA DE CALIDAD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. EN EL MARCO DEL CONVENIO DE ACREDITACION No. 4975613-2023

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2024-04-01 **Hasta:** 2024-04-07

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUTO O EVIDENCIA
1	1.Revisar periódicamente el portafolio de servicios de salud de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente, trabajando articuladamente con la Subgerencia de Servicios de Salud, para mantenerlo actualizado y en cumplimiento de la normatividad vigente.	Actualización del portafolio de servicios ante el REPS incluyendo horarios, modalidades y capacidad instalada: ALTAMIRA, BELLO HORIZONTE,SAMPER MENDOZA, SAN JORGE. Revisión de los Distintivos de acuerdo al portafolio revisado.	Actas realizadas posterior a la verificacion en cada Sede junto a los lideres.
2	2. Participar en la planificacion y desarrollo de la autoevaluacion de los estandares de habilitacion, acorde con lo establecido con la normatividad vigente, cuando sea requeridos, y emitir los conceptos tecnicos de las diferentes sedes que conforman la Sub Red Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente.	Programar y realizar lae autoevaluación de habilitación de la Sede Altamira por los profesionales del grupo del componente	Formato lista de chequeo Autoevaluación Habilitación Unidad de Servicios de Salud Resolucion 3100 de 2019.
3	3.Realizar seguimiento a los procesos en el cumplimiento de oportunidades de mejora, que se deriven de los diferentes hallazgos relacionados al cumplimiento de los estándares de Habilitación.	Acta de reunión con el lider donde se soporten los cambios, avaneces y envio del correo	Visitas de seguimiento a las Sedes con su respectiva acta de verificación.
4	4.Presentar al supervisor un informe mensual de las actividades desarrolladas, el cronograma de ejecución de actividades relacionando fecha, lugar y número de actividades realizadas, anexando las evidencias de la gestión realizada.	Realizar el informe en word de verificación de condiciones de habilitación, Realizar el plan de acción de habilitación y subirlo en almera	Actas realizadas posterior a la verificacion en cada Sede con sus respectivas evidencias.
5	5.Apoyar las demás actividades relacionadas con el objeto del contrato que sean asignadas por el supervisor del contrato. En el marco del convenio No. 4975613-2023. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.	Realizar el seguimiento al plan de acción de habilitación de las sedes de la Sub Red Centro Oriente, que se encuentra en almera: con evidencia de los soportes	Actas realizadas posterior a la verificacion, Presentacion de avances plan de accion de habilitación.

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.

Laura Ariza
Firma del Contratista

C.C. 1.026.595.840 **de** Bogotá D.C.

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATO	
NOMBRE:	HENRY JOSÉ FORERO FÉRNANDEZ
CARGO:	JEFE OFICINA DE CALIDAD
FIRMA	

Cuenta de cobro 04-2024

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD

CENTRO ORIENTE E.S.E.

NIT. 900959051-7

DEBE A:

LAURA GISSELA ARIZA MARIN

C.C. 1.026.595.840

LA SUMA DE:

UN MILLON CUATROCIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL NOVECIENTOS TREINTA Y CINCO PESOS M/CTE

($1.452.935)

Por concepto de:

Prestación de servicios como Profesional especializado, en cumplimiento del contrato **PS 6338 2023** correspondiente del 1 al 7 de abril del 2024.

OBJETO:

PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA OFICINA DE CALIDAD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. EN EL MARCO DEL CONVENIO DE ACREDITACIÓN No. 4975613-2023

Cordialmente,

Laura ariza

Laura Gissela Ariza Marin

Celular: 3102110439

Dirección: CR 24 8-48

Cuenta bancaria: Cuenta Ahorros 056883015 Banco AV Villas

7 de abril de 2024

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1026595840		ARIZA MARIN LAURA GISSELA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 24 N 8 - 48 CASA 4	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-03	2024-03	586641611	9464787694	I	2024/04/09	2024/04/19	BANCO AV VILLAS	10	$777,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,490,746	$398,600			$2,490,746	$311,400			$0	$0			$2,490,746	$60,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,490,746	$398,600			$2,490,746	$311,400			$0	$0			$2,490,746	$60,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$2,490,746	$398,600			$2,490,746	$311,400			$0	$0			$2,490,746	$60,700		$0	$0
1	CC	1026595840	ARIZA LAURA	230201	30	$2,490,746	$398,600	EPS037	30	$2,490,746	$311,400		0	$0	$0	14-7	30	$2,490,746	$60,700	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$2,490,746	$398,600			$2,490,746	$311,400			$0	$0			$2,490,746	$60,700		$0	$0

2024/04/19 02:09 PM