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 1031 2024 | **C.D.P. No.:** | 284 |
| **Proceso que pertenece:** | PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO | | |
| **Servicio al que pertenece:** | TRABAJO SOCIAL | | |
| **Unidad a la que pertenece:** | HOSPITAL LA VICTORIA | | |
| **Nombre del Contratista:** | ANGELA GISELLA FONTECHA BARRAGAN | **C.C.** | 1.031.157.694 **de:** Bogotá |
| **Fecha Inicio:** | 2024-01-21 | **Fecha Terminación inicial:** | 2024-03-20 |
| **Valor Mensual:** | $ 3.709.728 | **Valor a cobrar:** | $ 3.709.728 |

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | $ 3.709.728 | 939 | 2024-03-21 | 2024-04-20 |
| 2 | $ 3.822.144 | 1256 | 2024-04-21 | 2024-05-20 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| Nº CTA | MES DE CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR | VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL | NÚMERO DE PLANILLA | FECHA DE PAGO PLANILLA |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | ENERO 21 - 31 2024 | $ 1.236.576 | $ 459.200 | 73912336 | 16/1/2024 |
| 2 | FEBRERO 1 - 29 2024 | $ 3.709.728 | $ 459.200 | 74660816 | 19/2/2024 |
| 3 | MARZO 1 - 31 2024 | $ 3.709.728 | $ 459.200 | 75441836 | 8/03/2024 |
| 4 | ABRIL 1 - 30 2024 | $ 3.709.728 | $ 459.200 | 76229306 | 10/04/2024 |
| 5 | | | | | |
| 6 | | | | | |
| 7 | | | | | |
| 8 | | | | | |
| 9 | | | | | |
| 10 | | | | | |
| 11 | | | | | |
| 12 | | | | | |

| Resumen de contrato | VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|---|
| | $ 7.419.456 | $ 14.951.328 | $ 12.365.760 | $ 2.585.568 |

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

**OBJETO DEL CONTRATO**

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO TRABAJADOR SOCIAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA OFICINA DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

**Relación de actividades para el periodo:** **Desde:** 2024-04-01 **Hasta:** 2024-04-30

| | OBLIGACIONES ESPECIFICAS (Las estipuladas en la minuta) | DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 1 | Realizar la Orientación, Direccionamiento y/o aclaraciones acerca de trámites administrativos necesarios para recibir atención en Salud | Se orienta al paciente y/o familiar sobre los requerimientos que se establecen desde la EPS e IPS, para el goce efectivo de la prestación de los servicios en salud. | Firmas en planilla pacientes y/o familiar a quienes se les orientó sobre los derechos y deberes en salud. |
| 2 | Realizar el ingreso y actualización permanente en base de datos interna de pacientes en abandono social, población extranjera, habitante de calle, pacientes programados madre canguro, y estudios sociales de caso que se lleven a cabo, mediante la gestión realizada desde el área de Trabajo Social. | Se alimentan bases de datos y matrices donde se consolida toda la información de cada usuario recepcionado por el área de trabajo social para realizar estudios de caso. Así mismo ingreso de información a base de datos acerca de pacientes en abandono social. | Pacientes en seguimiento, por su condición irregular migrante en el país. |
| 3 | Realizar censo diario en los servicios asignados e Identificar pacientes en condición de vulnerabilidad y/o con riesgo social y en condición de abandono social para realizar entrevista social verificando redes de apoyo familiar, institucional y/o sociales datos de contacto (telefónicos y de domicilio), aseguramiento, describiendo la situación encontrada durante la intervención, con notificación a entes competentes. Realizar seguimiento. | Se desarrollan las actividades correspondientes al área de Trabajo Social en los servicios de UCI Neonatal. Se atiende llamado de cada servicio intra hospitalario interconsultante, iniciándose la respectiva intervención dando respuesta a los requerimientos | Respuesta a interconsultas por riesgo social. notas de seguimiento a pacientes hospitalizados en los servicios de UCI Neonatal. |
| 4 | Realizar la coordinación inter-institucional, solicitud y traslado en vehículo institucional de niños, niñas y adolescentes para restablecimiento de derechos requerida articulando acciones con los entes competentes tales como: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), Comisarías, Registradoras, Policía Nacional y/o de Infancia y Adolescencia | Se realiza reporte ante ICBF cuando se identifican riesgos hacia los menores de edad. | Se realizan seguimiento de los casos reportados a ICBF, posteriormente se recibe respuesta de la autoridad competente y se gestiona traslado del menor y red de apoyo a centro zonal que corresponda para tramites pertinenetes con la institucion. |
| 5 | Realizar la solicitud de oxigeno domiciliario para usuarios y pacientes que así lo requieran mediante diagnóstico y autorización médica | Se realiza solicitud de oxigeno a pacientes que se encuentran hospitalizados en el servicio de Naonatologia, se realizan trámites a necesidad del servicio. | Trámite de oxigeno domiciliario radicado ante la oficina de Autorizaciones, siguientes se proyectan a necesidad del servicio. |
| 6 | Realizar los trámites respectivos para habitante de calle sin certificar, pacientes indocumentados, pacientes extranjeros según cada caso, diligenciamiento de ficha SIVIM, de igual modo la gestión de identificación de los pacientes fallecidos en las diferentes USS de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. | Se desarrollan las gestiones y trámites correspondientes al área de Trabajo Social en los servicios, respecto a la atención de población vulnerable habitante de calle sin certificar, población extranjera e indocumentados. | Estudios sociales de caso, realizados a pacientes migrantes en condición irregular |
| 7 | Realizar el ingreso en el aplicativo Cuéntanos Bogotá de orientaciones grupales y de barreras de acceso Y estudios sociales de caso, identificadas durante la gestión diaria, con el fin de evaluar las dificultades de accesibilidad que pueden presentar los usuarios en los servicios de salud. | Se realizan registros en aplicativo Cuéntanos Bogotá según barreras identificadas. | Cargue de registros de usuarios en aplicativo Cuéntanos Bogotá. |
| 8 | Hacer seguimiento a Gestantes con dificultades administrativas por afiliación en otros municipios, realizando la orientación respectiva. | Se realiza seguimiento a pacientes gestantes en articulación con el área de autorizaciones. | Diligenciamiento de formato de verificación de afiliacion de recien nacidos a sgsss |
| 9 | Realizar la Consulta social de los pacientes remitidos por el área médica de la Subred. | Se socializa información a paciente en contexto de hospitalización sobre el modelo de Salud a mi Barrio, Salud a Mi Vereda de la Sub Red Centro Oriente | Firmas de socialización |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 10 | Participar en los procesos de fortalecimiento de competencias a través de los cursos y capacitaciones virtuales y presenciales establecidos por la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. | Se realiza asistencia y participación activa en el curso mensual logrando así fortalecer conocimientos y competencias para la integral prestación del servicio | Asistencia a curso establecido por la oficina, logrando obtener certificaciòn del mismo |
| 11 | Realizar búsqueda de datos de contacto y ubicación en la historia clínica en las diferentes notas que intervienen al paciente. | En los casos en los que se requiere datos adicionales se verifica en la historia clinica con el fin de maximizar informaciòn requerida para el tratamiento de caso | Se complementa información de pacientes interconsultados por le servicio médico |
| 12 | Participar en los procesos de fortalecimiento de competencias a través de los cursos y capacitaciones virtuales y presenciales establecidos por la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. | Se realiza asistencia y participación activa en el curso mensual logrando asi fortalecer conocimientos y competencias para la integral prestación del servicio | Asistencia a curso establecido por la oficina, logrando obtener certificaciòn del mismo |
| 13 | Asistir a los espacios de fortalecimiento convocados por la Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano y la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. | Se asiste a reuniòn mensual de Trabajo Social, en donde se exponen temas propios del servicio e inquietudes en la prestación del mismo | Se realiza evaluación de asistencia, se envía evidencia a grupo de Trabajo Social |
| 14 | Apoyar los subprocesos teniendo en cuenta las necesidades propias de la Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al ciudadano | Se realiza apoyo a instituciones terceras o personas naturales que requieren del servicio de trabajo social, ej: talleres, donaciones entre otros. | Se realiza acompañamiento por parte de Trabajo Social |
| 15 | Garantizar la reserva y confidencialidad de datos e información de los diferentes aplicativos institucionales. | Se establecen los espacios propicios para la asertiva atención de los usuarios, garantizando la reserva profesional de cada caso o situación presentada por el paciente. | Atención de casos con garantia de derechos y confidecialidad |
| 16 | Cumplir con las obligaciones de acuerdo con la demanda y tiempos requeridos según las necesidades del servicio en los Centros de Salud y Hospitales que conforman la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. | Se da respuesta oportuna a los casos, seguimientos e interconsultas solicitadas, de acuerdo a la necesidad del servicio. | Atención oportuna de casos, seguimientos, interconsultas y trámites emergentes. |
| 17 | Portar visiblemente los elementos institucionales y mantener una adecuada presentación personal dando cumplimiento a los Manuales y procedimientos de la Oficina y de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. | Se asiste a los servicio con los elementos institucionales portados correctamente, así como el ingresos a cada servicio de acuerdo a los protocolos establecidos por el servicio de epidemiología. | Se da cumplimiento a los protocolos establecidos tante en àreas comunes de los centros de salud, como en los servicios. |
| 18 | Las demás obligaciones que sean asignadas en la realización del objeto contractual e indicadas por el supervisor de acuerdo a las necesidades de los servicios en las diferentes unidades de la Subred. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato. | Se da cumplimiento a los requerimientos, solictudes y trámites establecidos por la Oficina. | Cumplimiento oportuno de requermientos por parte del area administrativa. |

**Observaciones:**
**FECHA DE TURNO 06 Y 07 DE ABRIL DE 2024**

**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.

Angela Tordecilla

**Firma del Contratista**

**C.C.** **1.031.157.694** **de** **Bogotá**

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATO | |
|---|---|
| **NOMBRE:** | **FANNY LUCÍA RUGELES DE HERNÁNDEZ** |
| **CARGO:** | **JEFE OFICINA PARTICIPACIÓN Y SERVICIO AL CIUDADANO** |
| **FIRMA** | Fanny Rugeles H. |

**Cuenta de Cobro 04**

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD

CENTRO ORIENTE E.S.E.

**NIT. 900959051–7**

DEBE A:

ANGELA GISELLA FONTECHA BARRAGAN
C.C. 1031157694

LA SUMA DE:

TRES MILLONES SETECIENTOS NUEVE MIL SETECIENTOS VEINTIOCHO PESOS MCT
($3.709.728°°)

Por concepto de:

- Prestación de servicios Profesional de Trabajo Social, en cumplimiento del contrato PS 1031 2024 correspondiente del 01 al 30 de Abril de 2024.

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO TRABAJADOR SOCIAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Cordialmente,

Angela Fontecha

ANGELA GISELLA FONTECHA BARRAGAN
Teléfono: 3118565847 Dirección: DG 54 C SUR 3 -05
No. Cuenta bancaria Banco Caja Social No. 24096592335

Fecha: 30 de Abril de 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 | 1031157694 | ANGELA GISELLA FONTECHA BARRAGAN | | Diagonal 54 C sur # 3 - 05 | 3118565847 | angifonba@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 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | 1 | 0 |
| | | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2024-03 | 2024-03 | I | 10/04/2024 | 76229306 | $459.200 | |

## 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 | | | | | |
| EPS002 | Salud Total EPS | 800130907-4 | 185.500 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 185.500 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 231001 | Colfondos | 800227940-6 | 237.500 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 237.500 | 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 | 36.200 | | | | 36.200 | 0 | 0 | 36.200 | | | 362 | 36.200 | 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 | 185.500 | 185.500 |
| Pensión | 1 | 237.500 | 237.500 |
| Riesgos Laborales | 1 | 36.200 | 36.200 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 459.200 | 459.200 |

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

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
**7 Ejecución del Contrato**
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

**VER CONTRATO**

## Ejecución del Contrato

◌ Porcentaje ◌ Recepción de artículos

## Plan de Pagos

**¿Se requieren emisiones de códigos de autorización?** ◌ Sí ◉ No

| Id de pago | Número de factura | Fecha de emisión | Fecha de recepción | Valor total de la factura | Estado |
|---|---|---|---|---|---|

*No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados*

Crear

## Documentos de ejecución del contrato

| | Descripción | Nombre del archivo | Cargado por | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | PS 1031 2024 CUENTA DE COBRO ENERO 2024.pdf | PS 1031 2024 CUENTA DE COBRO ENERO 2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 1031 2024 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2024.pdf | PS 1031 2024 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 1031 2024 CUENTA DE COBRO MARZO 2024.pdf | PS 1031 2024 CUENTA DE COBRO MARZO 2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar | Cargar nuevo