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 5514 2024	**C.D.P. No.:**	1399	**Proceso que pertenece:**	CONVENIO 0002-2023
				Servicio al que pertenece:	CONSULTA EXTERNA
				Unidad a la que pertenece:	UMHES SANTA CLARA

Nombre del Contratista: PAULA ALEJANDRA DURAN RAMIREZ **C.C.** 1.010.036.604 **de:** BOGOTA D.C

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	2023-06-06	2023-07-06
2	$ 2.460.448	1983	2023-07-07	2023-08-06
3	$ 2.460.448	2295	2023-08-07	2023-09-06
4	$ 2.460.448	2802	2023-09-07	2023-10-06
5	$ 2.460.448	3415	2023-10-07	2023-11-06
6	$ 2.080.373	3961	2023-11-07	2023-12-06
7	$ 1.451.664	4117	2023-12-07	2024-02-01
8	$ 4.371.396	123	2023-12-07	2024-02-01
9	$ 1.558.284	878	2024-02-01	2024-03-31
10	$ 5.054.616	1116	2024-04-01	2024-04-30

N° CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO PLANILLA
1	MAYO 2023	$ 1.230.224	N/A	N/A	N/A
2	JUNIO 2023	$ 2.460.448	$ 161.100	68270547	13/06/2023
3	JULIO 2023	$ 2.460.448	$ 368.500	68710739	11/07/2023
4	AGOSTO 2023	$ 2.460.448	$ 369.000	69269990	9/08/2023
5	SEPTIEMBRE 2023	$ 2.460.448	$ 369.000	70239236	11/9/2023
6	OCTUBRE	$ 2.460.448	$ 368.800	71010350	10/10/2023
7	NOVIEMBRE	$ 2.460.448	$ 369.000	71785910	10/11/2023
8	DICIEMBRE	$ 1.451.664	$ 371.800	72573966	20/12/2023
9	DICIEMBRE	$ 1.008.784	$ 371.800	72573966	20/12/2023
10	ENERO	$ 2.460.448	$ 370.700	73378892	17/1/2024
11	FEBRERO	$ 2.460.448	$ 414.300	74102068	13/2/2024
12	FEBRERO	$ 133.720	$ 414.300	74102068	13/2/2024
13	MARZO	$ 2.460.448	$ 417.900	74876287	26/03/2024
14	ABRIL	$ 2.460.448	$ 417.800	75609488	24/04/2024

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 1.640.299	$ 28.458.872	$ 28.428.872	$ 30.000

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

OBJETO DEL CONTRATO

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS TÉCNICOS COMO TÉCNICO ADMINISTRATIVO 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:** 2024-04-01 **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 el contacto telefónico con el usuario y revisión de historia clínica en el orden del recorrido propuesto por el componente geográfico, para actualizar y/o confirmar datos de ubicación y agendar la visita del grupo base o profesional de psicología	Confirmacion de datos del usuario via telefonica	Confirmacion de la visita por parte del usuario
2	Hará registro del resultado de la llamada, e informará al líder operativo con el fin de programar desplazamiento a la dirección registrada para el usuario y definir el estado de la visita	Informar al lider sobre el estado de la visita con el fin de programar la siguiente visita	Entrega de reporte final de visita
3	Revisión de historia clínica en busca de las órdenes generadas y adicionalmente se haga una revisión de frecuencias de uso según esquema de atenciones y se logre el agendamiento de consultas pendientes que por curso de vida le corresponde a cada usuario	Direccionamiento a la ruta correspondiente a la necesidad el usuario	Agendamiento de citas según ordenes medicas generadas
4	Identificará los usuarios con órdenes a las especialidades de: medicina familiar, medicina interna y psiquiatría, con el fin de realizar el agendamiento de acuerdo con la modalidad de servicio habilitada en cada subred, con los profesionales especializados que se encuentran contratados en el convenio para tal fin	Verificar la disponibilidad de agendamiento de citas para cada una de las especilidades en salud	Entrega a cada uno de los profesionales los usuarios correspondientes a la visitas programadas.
5	Recordar al usuario el día, hora, tipo de cita asignada (intramural o en la vivienda por EAC).	Comunicación via telefonica con el usuario recorador todos los datos para su cita asiganda	Usuario confirma la asistencia y verifica disponibilidad para la asignacion de su cita
6	Realizará un seguimiento a las citas que registren inasistencias, haciendo un nuevo contacto telefónico o realizando la verificación en historia clínica dicha atención	Realizar continuo seguimiento de la inasistencias y establecer un nuevo contacto telefonico	Control de las citas en estado de inasistencia
7	Llevará registro del 100% de usuarios con citas agendadas, que darán cuenta del tipo de agendamiento, fechas de las citas, tipo de consulta, estado de la cita, entre otros, adicionalmente permitirá realizar un proceso de recordación de citas, seguimiento a los usuarios inasistentes, y reprogramaciones.	Realizar registro y control de cada una de las citas agendadas y recordacio de citasa los usuarios via telefonica .	Control y registro de citas agendadas.
8	Realizar las demás actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor del CONVENIO 0002 DE 2023.	Cumplir con las metas establecidas por el convenio 002-2023 para dar cumplimiento al objetivo y dando respuesta a las necesidades de los usuarios.	Matriz de agendamiento con registro de usuarios con citas agendadas según tipo de agendamiento, seguimiento a cumplimiento de citas, reprogramaciones, y oportunidad en la asignación. Contenidas en el formato de

Observaciones:

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

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 D.
Firma del Contratista

C.C. 1010036604. de Bogotá.

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATO	
NOMBRE:	Juli Paola Neira Bautista
CARGO:	Directora Servicios Ambulatorios
FIRMA	

Cuenta de cobro 14- 2024

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

Nit. 900.959.051-7

DEBE A:

PAULA ALEJANDRA DURAN RAMIREZ
CC 1.010.036.604

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 5514 2023** correspondiente del 01 al 30 de abril de 2024.

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS TÉCNICOS COMO TÉCNICO ADMINISTRATIVO 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.

Cordialmente,

Paula D.

Paula Alejandra Duran Ramírez
C.C. 1.010.036.604
Teléfono: 3118818552
Dirección Cl 56ª # 78k-03 sur
No Cuenta: 0550488420815638
Banco: DAVIVIENDA
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	1010036604	PAULA ALEJANDRA DURAN RAMIREZ	Calle 56 a #78k-03sur	7194828	alejadu406@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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-03	2024-03	I	24/04/2024	75609488	$417.800	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	162.500	0		0		0	22	3.100	0	165.600	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
230301	Porvenir	800224808-8	208.000	0	0	0	0	22	3.900	0	211.900	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	22	600	32.300			317	32.300	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	7.800	22	200	8.000	1

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	165.600
Pensión	1	208.000	211.900
Riesgos Laborales	1	31.700	32.300
CCF	1	7.800	8.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	410.000	417.800

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	1010036604	PAULA ALEJANDRA DURAN RAMIREZ	Calle 56 a #78k-03sur	7194828	alejadu406@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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-03	2024-03	I	24/04/2024	75609488	$417.800	

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	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	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	1010036604	DURAN RAMIREZ PAULA ALEJANDRA	59	0			N																	230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS005	1.300.000	162.500	14-11	1.300.000	3	31.700	CCF24	1.300.000	7.800	0	0	0	0	0

PAGADA

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