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

I. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 2903 2024	**C.D.P. No.:**	317	**Proceso que pertenece:**	MISIONAL
				Servicio al que pertenece:	URGENCIAS
				Unidad a la que pertenece:	HOSPITAL SAN BLAS

Nombre del Contratista: CAMILO ANDRES TORRES MONTES **C.C.** 1.030.524.045 **de:** BOGOTA D.C

Fecha Inicio: 2024-01-21 **Fecha Terminación Incial:** 2024-03-20 **Valor Mensual:** $ 1.976.064 **Valor a cobrar:** $ 2.294.784

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 2.868.480	1030	21/03/2024	20/04/2024
2	$ 2.656.000	0	21/04/2024	20/05/2024
3	$ 2.666.624		21/05/2024	20/06/2024
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO PLANILLA
1	ENERO	$ 796.800	$ 360.400	9460978510	16/01/2024
2	FEBRERO	$ 2.167.296	$ 404.900	9462081720	19/02/2024
3	MARZO	$ 2.422.272	$ 402.200	9463451538	11/03/2024
4	ABRIL	$ 1.912.320	$ 402.200	9464827550	10/04/2024
5	MAYO	$ 2.294.784	$ 402.200	9466173343	10/05/2024
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					

Resumen de contrato	VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
	$ 3.952.128	$ 12.143.232	$ 9.593.472	$ 2.549.760

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER AUTORIZADOR Y ADMISIONISTA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2024-05-01 **Hasta:** 2024-05-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Descargar del aplicativo NETUX y/o las enviadas por correo las Historias que hayn presentando cada una de las atencion por el convenio APH	Historias en esta Fanlizadas , sebirsen a Dinamica Gerencial en casoso que hayn sido atenciones efectivas	Registro en Dinamica Gerencial
2	Relacionar cada uno de las historias de APH en el DRIVE dispuesto para tal fin registrando el total de informacion que alli se requiere	Diligenciamiento de DRIVE	Drive-ubicado en el correo autorizaciones.sbsco@gmail.com
3	Realizar verificacion en todas las bases de datos (FOSYGA, DNP, BDUA, Comprobador, Web, paginas de las EAPB, entre Otras), el estado de afiliación del paciente o los pacientes, tanto por numero de documentos como por nombres y apellidos, esto con el fin de realizar una correcta identificacion de la EAPB de cada uno de los pacientes a los cuales aplica para realizar reporte de traslado y o valoracion realizada por las tripulaciones de APH	Subir todos los soportes de verificacion en el Sistema informacion Dinamica (Requerimientos)	Registro en Dinamica Gerencial
4	Dejar todos los soportes de verificacion de derechos y gestion de autorizaciones en el sistema de Información Dinamica Gerencial en el ITEM de Requerimientos	Realizacion en aplicativo de BITACORAS el seguimiento periodico en aseguramiento del paciente	GESTION DE INGRESOS
5	Realizar apertura del ingreso con todos los datos correspondientes tales como Nº de documento de identidad, nombres y apellidos, dirección, teléfono, nombre del acompañante y o actualizacion de los mismos en el sistema de informacion Dinamica Gerencial	Actualizacion en Dinamica Gerencial	Registro en Dinamica Gerencial
6	Realizar gestion de autorizaciones como se encuentra establecido en la Resolución 3047-2008 y los mecanismos que se tenga por cada una de las EAPB	Respuesta de correos por parte de las EAPB, Autorizaciones generadas por plataformas	reportedeautorizaciones24@subredcentrooriente.gov.co
7	Realización de los formatos establecidos en los casos de accidente de tránsito (Furips, Futran)	Formatos diligenciado en Dinamica Gerencial y aplicativo SIRAS	reportedeautorizaciones24@subredcentrooriente.gov.co
8	Realizar BITACORA de la solicitud de autorizaciones y dejar gestion en Dinámica Gerencial (REQUERIMIENTOS)	Realizar BITACORAS con gestion y o subir autorizaciones	http://172.26.33.86/registro_autorizaciones/registro
9	Reportar al convenio APH, via correo los soportes faltantes para gestión de autorización	soporte correos enviados desde correo institucional	autorizacionesaph@subredcentrooriente.gov.co
10	Reportar á APH, las Historias no entregadas OPORTUNAMENTE.	soporte correos enviados desde correo institucional	autorizacionesaph@subredcentrooriente.gov.co
11	Realizar seguimiento a los casos que desde la gestion inicial no se obtenga la autorizacion (Correo,telefonio y/o por plataformas), esto con el fin que al final contemos con autorizacion de los servicios solicitados	seguimiento diario registrados en DRIVE	reportedeautorizaciones24@subredcentrooriente.gov.co y/o plataforma de las EAPB
12	Dar respuesta a cada uno de los casos que se solicite de las diferentes areas frente a los soportes de gestion de autorizacion	respuesta de correos con los soportes solicitados	autorizacionesaph@subredcentrooriente.gov.co
13	Realizar las demás actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor de contrato. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato	Asisti y participar en las capacitaciones, socializaciones, espacios técnico-científicos que se programen desde la entidad	actas
14	Asistir y participar en las capacitaciones, socializaciones, espacios técnico-científicos que se programen desde la entidad.		Actas de capacitacion

Observaciones:

Nota: Es deber contractual anexar la certificacion 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.

Camilo Torres

Firma del Contratista

C.C. 1.030.524.045 **de** BOGOTA D.C

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATO

NOMBRE:	LUZ GUISELLE LINARES JIMENEZ
CARGO:	DIRECTOR TÉCNICO CODIGO 009 GRADO 05
FIRMA	

CUENTA DE COBRO No. 05

FECHA 31/05/2023

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD
CENTRO ORIENTE E.S.E.
Nit. 900.959.051.7

DEBE A:

CAMILO ANDRES TORRES MONTES
C.C 1030524045

LA SUMA DE

DOS MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL SETECIENTOS OCHENTA Y CUATRO PESOS

($2.294.784)

Por concepto de 216 HORAS, Honorarios por Prestación de Servicios en cumplimiento del Contrato No. PS 2903 2024, con afiliación a ARL RIESGO 3 correspondiente al mes de MAYO 2024.

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS DE BACHILLER COMO AUTORIZADOR Y ADMISIONISTA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Cordialmente,

Camilo Torres

CAMILO ANDRES TORRES MONTES
C.C 1030524045
TELEFONO: 3243507102 DIRECCION: CRA 87K 52 33 SUR
N° DE CUENTA: 550488430713856 CUENTA DE AHORROS DAVIVIENDA

en linea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificacion	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1030524045		TORRES MONTES CAMILO ANDRES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carrera 87k #52-33Sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3243507172	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-04	2024-04	631109309	9466173343	I	2024/05/14	2024/05/10	BANCO DAVIVIENDA	0	$402,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$0	$0	$208,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$208,000	$0	$0	$208,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$31,700	$0	$0	$31,700
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$31,700	$0	$0	$31,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$0	$0	$162,500
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$162,500	$0	$0	$162,500
TOTAL				1	$402,200	$0	$0	$402,200

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 1030524045		TORRES MONTES CAMILO ANDRES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carrera 87k #52-33Sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3243507102	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-04	2024-04	631109309	9466173343	I	2024/05/14	2024/05/10	BANCO DAVIVIENDA	0	$402,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0
1	CC 1030524045	TORRES CAMILO	25-14	30	$1,300,000	$208,000	EPS008	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-7	30	$1,300,000	$31,700	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0