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 5445 2023	**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: DIANA PATRICIA CABRERA **C.C.** 50.917.656 **de:** MONTERIA

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	7/06/2023	6/07/2023
2	$ 2.460.448	1983	7/07/2023	5/08/2023
3	$ 2.460.448	2295	7/08/2023	6/09/2023
4	$ 2.460.448	2802	7/09/2023	6/10/2023
5	$ 2.460.448	3415	7/10/2023	6/11/2023
6	$ 2.080.373	3961	7/11/2023	6/12/2023
7	$ 1.451.664	4117	7/12/2023	1/02/2024
8	$ 4.371.396	123	7/12/2023	1/02/2024
9	$ 1.558.284	878	1/02/2024	31/03/2024
10	$ 4.920.896	1116	1/04/2024	30/04/2024
11	$ 2.460.448	1332	1/05/2024	31/05/2024

N° CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NUMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO PLANILLA
1	MAYO	$ 1.230.224	$ 382.100	25885422	11/04/2023
2	JUNIO	$ 2.460.448	$ 382.100	26486018	13/06/2023
3	JULIO	$ 2.460.448	$ 382.100	26773020	12/07/2023
4	AGOSTO	$ 2.460.448	$ 382.100	27060880	10/08/2023
5	SEPTIEMBRE	$ 2.460.448	$ 382.100	27351952	16/09/2023
6	OCTUBRE	$ 2.460.448	$ 382.100	27698708	11/10/2023
7	NOVIEMBRE	$ 2.460.448	$ 382.100	27949928	13-11-2023
8	DICIEMBRE	$ 1.451.664	$ 384.800	28229085	21/12/2023
9	DICIEMBRE	$ 1.008.784	$ 384.800	28229085	21/12/2023
10	ENERO	$ 2.460.448	$ 383.300	28564422	18/01/2024
11	FEBRERO	$ 2.460.448	$ 429.100	28816351	15/02/2024
12	MARZO	$ 2.460.448	$ 431.400	29066578	20/03/2024
13	ABRIL	$ 2.460.448	$ 430.900	29372834	18/04/2024
14	MAYO	$ 2.460.448	$ 428.800	29638909	16/05/2024

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 1.640.299	$ 30.785.600	$ 30.755.600	$ 30.000

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE 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:** 2024-05-01 **Hasta:** 2024-05-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUTO O EVIDENCIA
1	Realizar el seguimiento presencial y telefónico al 100% de las familias abordadas por los EAC de acuerdo con la prioridad y tiempos establecidos	Realizar llamadas y visitar a los usuarios según la prioridad.	Registro diario de seguimiento telefonico
2	Identificar durante la llamada alertas que requieran la intervención nuevamente del grupo base (nuevos integrantes al hogar o se han presentado novedades en la condición de salud de sus miembros, enfermedad, nuevo embarazo, nacimiento o fallecimiento).	Identificación durante la llamada si el usuario requiere la visita nuevamente del grupo base.	Registro diario de seguimiento telefonico
3	Reorientar las acciones convenidas inicialmente de ser necesario, de acuerdo con el seguimiento telefónico	Orientar a los usuarios en situaciones de dudas.	Registro diario de seguimiento telefonico
4	Realizar las alertas necesarias que permitan mejorar la adherencia de los usuarios a los planes de cuidado.	Orientar en la aplicación de los planes de cuidado.	Registro diario de seguimiento telefonico
5	Conservar la información que se ha capturado durante la ejecución del convenio que está en físico y/o digital de acuerdo con los lineamientos técnicos de gestión documental vigentes en la Subred y que se convierten en evidencias, para el pago y ejecución.	Registrar la informacion capturada durante la comunicación con el paciente.	Registro diario de seguimiento telefonico
6	Asistencia al comite de salud	Asistir a los comites para la socialización de las actividades.	Acta de asistencia a los comites
7	Entre otras actividades para la operatividad del convenio. CONVENIO 0002 DE 2023.	Realizar actividades que ayuden con la ejecución del convenio.	Actas de actividades adicionales.

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.

Firma del Contratista

C.C. 50.917.656 de MONTERIA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATO

NOMBRE:	Juli Paola Neira Faustsa
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:

DIANA PATRICIA CABRERA

C.C. 50.917.656 DE MONTERIA

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 5445 2023** correspondiente del 01 al 31 de mayo de 2024.

OBJETO:

PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E., CONVENIO 0002 DE 2023

Cordialmente.

Diana P. Cabrera

DIANA PATRICIA CABRERA
C.C. 50.917.656
Teléfono: 3124995798
Dirección: CRA 2 ESTE 79 15
No Cuenta Ahorros:24097552462
Banco: CAJA SOCIAL
Fecha: 31 de mayo de 2024

ASOPAGOS s.a.

Certificación de Pago

Se certifica que la empresa , identificada con CC-50917656 sucursal 0, canceló los aportes de seguridad social y parafiscales de la siguiente manera:

REFERENCIA POR TIPO DE PLANILLA		CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE ADMINISTRADORA	Nro. AFILIADOS	DÍAS MORA	COTIZACIÓN	INTERES	VALOR TOTAL
Período pensión:	2024-04	230301	800224808	PORVENIR	1	1	208.000	200	208.200
Período salud:	2024-04	EPSC34	900298372	EPS-S CAPITAL	1	1	162.500	200	162.700
Planilla Nro.:	29638909 Tipo I	14-23	860011153	POSITIVA	1	1	31.700	100	31.800
Clase de aportante:	I	CCF24	860066942	COMPENSAR-CCF	1	1	26.000	100	26.100
Fecha transacción:	2024-05-16	PASENA	899999034	SENA	0	1	0	0	0
Banco:	BANCO CAJA SOCIAL	PAICBF	899999239	ICBF	0	1	0	0	0
Transacción:	643150418	PAESAP	899999054	ESAP	0	1	0	0	0
		PAMIED	899999001	MINEDU	0	1	0	0	0
						GRAN TOTAL			$ 428.800