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 5468 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: DARCY MANYIBER ORTIZ HORTUA **C.C.** 1.121.959.858 **de:** VILLAVICENCIO

Fecha Inicio: 2023-05-18 **Fecha Terminación inicial:** 2023-06-06 **Valor Mensual:** $ 4.613.064 **Valor a cobrar:** $ 4.613.064

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 4.613.064	1654	2023-06-06	2023-07-06
2	$ 4.613.064	1983	2023-07-07	2023-08-06
3	$ 4.613.064	2295	2023-08-07	2023-09-06
4	$ 4.613.064	2802	2023-09-07	2023-10-06
5	$ 4.613.064	3415	2023-10-07	2023-11-06
6	$ 3.874.220	4000	2023-11-07	2023-12-06
7	$ 2.721.708	4117	2023-12-07	2024-02-01
8	$ 8.195.877	123	2023-12-07	2024-02-01
9	$ 2.921.607	878	2024-02-02	2024-03-31
10	$ 9.226.128	1116	2024-04-01	2024-04-30
11	$ 4.613.064	1332	2024-05-01	2024-05-31
12				
13				
14				
15				
16				
17				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO PLANILLA
1	MAYO	$ 2.306.532	$ 462.600	67781145	15/05/2023
2	JUNIO	$ 4.613.064	$ 358.900	68528980	14/06/2023
3	JULIO	$ 4.613.064	$ 571.000	69289208	13/07/2023
4	AGOSTO	$ 4.613.064	$ 571.000	69743759	14/08/2023
5	SEPTIEMBRE	$ 4.613.064	$ 571.000	70523599	12/09/2023
6	OCTUBRE	$ 4.613.064	$ 573.500	71270559	17/10/2023
7	NOVIEMBRE	$ 4.613.064	$ 571.000	72073782	15/11/2023
8	DICIEMBRE	$ 2.721.708	$ 574.500	72864336	21/12/2023
9	DICIEMBRE	$ 1.891.356	$ 574.500	72864336	21/12/2023
10	ENERO	$ 4.613.064	$ 571.700	73625788	17/01/2024
11	FEBRERO	$ 4.613.064	$ 571.000	74371452	13/02/2024
12	MARZO	$ 4.613.064	$ 575.100	75164453	22/03/2024
13	ABRIL	$ 4.613.064	$ 577.000	75907750	24/04/2024
14	MAYO	$ 4.613.064	$ 571.000	76731879	16/05/2024
15					
16					
17					

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 3.075.376	$ 57.693.300	$ 57.663.300	$ 30.000

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO PROFESIONAL DE APOYO EN AREA DE LA SALUD OPERATIVO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN 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	Apoyar la planeación, gestión y seguimiento para la implementación del proceso de planeación de la atención y prestación de los servicios.	Planear la operación en campo de los equipos	Tableros de control de seguimientos de auxiliares y profesionales.
2	Para el caso de casa a casa, el profesional de apoyo de planeación remitirá la información del territorio a los líderes operativos territoriales según corresponda, de acuerdo con esta asignación.	Contar con diferentes articulaciones que permita a líderes operativos la toma de decisiones con base a las asignaciones desarrolladas	Envíos de listados a tráves de correos electrónicos y demás canales de comunicación
3	Para el caso de ruteo, el profesional de apoyo realizará la gestión de los casos y remitirá semanalmente los resultados a las SDS.	Gestionar efectivamente los casos de ruteo que se presenten y realizar seguimiento a la atención de los mismos.	Envíos de datos a tráves de correos electrónicos y demás canales de comunicación
4	Realizará el seguimiento semanal de avance y entrega de productos de operación parciales que permitan hacer el monitoreo a la planeación.	Hacer seguimiento técnico a las intervenciones de los profesionales que permita el cumplimiento de los objetivos y generar las alertas necesarias que puedan afectar el cumplimiento de los mismos.	Matriz de seguimiento, reporte de alertas y formatos del servicio
5	Diariamente entregará al profesional de agendamiento los casos que requieren visita por parte de los profesionales de la salud conforme los territorios.	Realizar articulación con el profesional de agendamiento para cubrir los requerimientos solicitados por los usuarios en territorio	Envíos de datos a tráves de correos electrónicos y demás canales de comunicación
6	El profesional de apoyo de planeación conforme la distribución del territorio asignará la operación del conglomerado identificado al líder operativo territorial respectivo.	Articulación desde el equipo de avanzada para la correcta ejecución de conglomerados, de acuerdo a la localidad correspondiente	Envíos de datos a tráves de correos electrónicos y demás canales de comunicación
7	El profesional de apoyo, generará el reporte de seguimiento de avance y cumplimiento para el líder de planeación quien revisará y presentará en los comités internos junto con los indicadores propios de la actividad.	Realizar seguimiento técnico a las intervenciones de los profesionales que permita el cumplimiento de los objetivos y generar las alertas necesarias que puedan afectar el cumplimiento de los mismos. De otro lado, a través del seguimiento de las actividades que desarrollan los equipos deberá hacer la crítica de calidad de las intervenciones realizadas por	Generar reportes en los tableros de control de seguimiento, quienes al reportar contribuyen a la construcción de indicadores y así socializarlos.
8	Realizar las demás actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor del CONVENIO 0002 DE 2023. Productos: 1. Registro de los resultados del seguimiento en campo realizado a los EAC y acciones de mejora en caso de requerir, en el formato definido para tal fin. 2.Entrega de mapas trabajados en campo por los EAC con cierre de manzanas.	La identificación de los elementos nombrados permiten entender la incidencia en la vulnerabilidad que puede presentar la población para obtener los servicios de salud.	Registros de seguimientos, Mapa temáticos. Formato registro de prioridades.

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

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:

DARCY MANYIBER ORTIZ HORTUA

C.C. 1121959858 de VILLAVICENCIO

LA SUMA DE:

CUATRO MILLONES SEISCIENTOS TRECE MIL SESENTA Y CUATRO PESOS M/CTE

($ 4.613.064)

Por concepto de:

Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No **PS 5468 2023** correspondiente desde el 1 de mayo hasta el 31 de **mayo** 2024.

OBJETO:
PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO PROFESIONAL DE APOYO EN AREA DE LA SALUD OPERATIVO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E, CONVENIO 0002 DE 2023

Cordialmente.

C.C.: 1121959858
TELEFONO: 3046464471
DIRECCION: CALLE 82 A #22-44
NUMERO DE CUENTA: 0550488422309028
BANCO: DAVIVIENDA
FECHA DE GENERACION DE CUENTA: 31 de mayo 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	1121956858	DARCY MANYIBER ORTIZ HORTUA	Calle 82A 22 44	7011080	darcy.241998@outlook.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	
2024-04	2024-04	I	16/05/2024	76731879	$571.000	

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	230.700	0		0		0	0	0	0	230.700	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	295.300	0	0	0	0	0	0		295.300	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	45.000				45.000	0	0	45.000			450	45.000	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	230.700	230.700
Pensión	1	295.300	295.300
Riesgos Laborales	1	45.000	45.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	571.000	571.000

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
CC	1121959858	DARCY MANYIBER ORTIZ HORTUA		Calle 82A 22 44	7011080	darcy.241998@outlook.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2024-04	2024-04	I	16/05/2024	76731879	$571.000

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	COBRECOOÁN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o 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
1	CC	1121959858	ORTIZ HORTUA DARCY MANYIBER	57	0			N																	230201	1.845.226	295.300	0	0	0	0	EPS005	1.845.226	230.700	14-11	1.845.226	3	45.000		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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