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 – GESTION DE CONTRATACION
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSION: 04
FECHA: 2024-02-22

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: PS 1982 2024 | C.D.P. No.: 280

Proceso que pertenece: AMBULATORIOS
Servicio al que pertenece: CONSULTA EXTERNA
Unidad a la que pertenece: HOSPITAL SANTA CLARA

Nombre del Contratista: WENDY LORAINE PEÑA ARIZA | C.C. 1.063.563.387 | de: BOGOTA

Fecha Inicio: 2024-01-21 | Fecha Terminación inicial: 2024-03-20 | Valor Mensual: $ 2.184.872 | Valor a cobrar: $ 2.184.872

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 2.046.333	945	21/03/2024	20/04/2024
2	$ 2.240.963	1269	21/04/2024	20/05/2024
3	$ 2.926.904	1614	21/05/2024	30/06/2024
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO PLANILLA
1	ENERO	$ 937.846	$ 358.900	73820133	18/12/2023
2	FEBRERO	$ 2.205.484	$ 403.000	74584257	22/02/2024
3	MARZO	$ 2.019.976	$ 402.200	75386987	12/03/2024
4	ABRIL	$ 2.215.790	$ 402.200	76136584	11/04/2024
5	MAYO	$ 2.184.872	$ 402.200	76971024	16/05/2024
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 4.534.640	$ 11.748.840	$ 9.563.968	$ 2.184.872

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIO TECNICO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA II PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

elación 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	Prestar sus servicios como auxiliar de enfermería, en lo relacionado con actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.	Se presto el servicio de conformidad con la asignación de actividades acordadas con el supervisor del contrato para el desarrollo de las mismas durante el mes de Marzo.	Programacion de actividades diarias
2	Organizar el servicio y realizar alistamiento de consultorios con la dotación necesaria y mantenerlos ordenados para facilitar la prestación de servicio adecuado y oportuno por parte de los profesionales que realizan la consulta.	Se facilito la organización del servicio propendiendo por alistar los insumos necesarios para el funcionamiento del mismo, durante el mes de Marzo.	Programacion de actividades diarias
3	Cumplir con las normas de bioseguridad, limpieza y desinfección conforme a los protocolos y guías institucionales.	Se cumplieron realizaron los procesos de limpieza y desinfección del servicio durante el mes de Marzo.	Formatos de registros de Limpieza y desinfeccion, soportes de autorias realizadas por el área de infecciones, precomite de infecciones
4	Realizar actividades de educación a usuarios y familiares conforme a lo requerido en la subred.	Se orientaron los usuarios y/o familiares un vez sale de la consulta medica, durante el mes de Marzo.	Seguimiento supervisión
5	Realizar la programación de procedimientos menores que se realizan en consultorio (lavado de oídos, procedimientos de dermatología y cirugía maxilofacial, etc.), informar a los usuarios fecha, hora y preparación.	Se realizaron los procedimientos programados como lavados de oidos y se apoyo a los especialista en la realización de los procedimientos de cx maxilofacial y dermatología, durante el mes de Marzo.	Historias Clinicas Aplicativo Dinamica, libros de programación procedimientos dermatología y cx maxilofacial
6	Cumplir con las actividades propias del servicio y con las asignaciones realizadas por la enfermera coordinadora, lo cual incluye apoyo e instrumentación de procedimientos menores en consultorio, traslado y entrega de muestras de patología.	Se realizaron las actividades del servicio y las asigandas por la referentes.	Programacion de actividades diarias
7	Alistamiento, traslado y entrega de instrumental en la Central de Esterilización, y la recepción del mismo una vez sea devuelto.	Se organizo, entrego y alisto el material e intrumental para el funcionamiento del servicio y la realización de las actividades propias del mismo, durante el mes de Marzo.	Programacion de actividades diarias, libros cetral de esterilización
8	Utilizar adecuadamente los materiales y equipos y avisar sobre la falta o deterioro de los mismos a la enfermera jefe.	Se reviso el stok de materiales del servicio y se solicito el necesario para el desarrollo de las actividades del mismo, durante el mes de Marzo.	Programacion de actividades diarias, seguimiento supervisión
9	Realizar la recepción, custodia y entrega oportuna de las historias clínicas de contingencia, formatos de consentimiento informado al archivo de gestión documental, realizado el registro en el formato correspondiente.	Se realizó entrega de los formatos de contingecia de historia clínica al area de gestión documental.	Seguimiento supervisión/libro de entrega en archivo de HC
10	Demás procedimientos, actividades y reportes que se derivan de la atención, de acuerdo a demanda de servicios y según disponibilidad de tiempo, enmarcado dentro de los parámetros de calidad definidos en la normatividad vigente del sistema obligatorio	Se realizaron todas las actividades propias del servicio y las asignadas, durante el mes de Marzo.	Seguimiento supervisión

Observaciones:

REALIZO 212 HORAS CONSULTA EXTERNA HOSPITAL SANTA CLARA.

ota: Es deber contractual anexar la certificación del pago a Salud, pensión y ARL. En caso de tener contrato nuevo adjuntar l soporte de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud como cotizante y afiliación a pensión , Teniendo en uenta que con la implementación del Decreto 1273 de 2018 el pago de aportes se hace de manera vencida de acuerdo con s fechas establecidas en el Decreto 1990 de 2016.

Wendy Peña

Firma del Contratista

C.C. 1.063.563.387 de BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATO	
NOMBRE:	JENNY PATRICIA BARAZETA AVILA
CARGO:	ENFERMERO CODIGO 243 GRADO 20
FIRMA	Patricia Barazeta

CUENTA DE COBRO No. 5 2024

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

Nit. 900.959.051.7

DEBE A:

WENDY LORAINE PEÑA ARIZA
C.C. No. 1.063.563.387

La suma de:

Dos Millones Ciento Ochenta y Cuatro Mil Ochocientos Setenta y Dos Pesos m/cte ($2.184.872)

Por concepto de: 212 Horas

- Honorarios por Prestación de Servicios en cumplimiento del Contrato No. PS 1982 2024, con afiliación a SEGUROS BOLIVAR, RIESGO 3, correspondiente al mes de mayo de 2024.

OBJETO: PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES, DE MANERA PERSONAL Y AUTÓNOMA, EN SU CONDICIÓN DE AUXILIAR ENFERMERIA PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES, EN LOS DIFERENTES SERVICIOS Y EN LAS UNIDADES QUE SE REQUIERA, CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Cordialmente,

Wendy Peña

WENDY LORAINE PEÑA ARIZA
C.C. No. 1.063.563.387
Teléfono: 3015586370
Dirección: Transversal 65A No 1-23
Cuenta de Ahorros: 0570008480369563 de Davivienda

Fecha: 31/mayo/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	1063563387	WENDY LORAINE PEÑA ARIZA	TRANSVERSAL 65A No 1-23	3015586370	wendylorainepa@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	
2024-04	2024-04	I	16/05/2024	76971024	$402.200	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	162.500	0		0		0	0	0	0	162.500	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
230301	Porvenir	800224808-8	208.000	0	0	0	0	0	0		208.000	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										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	31.700				31.700	0	0	31.700			317	31.700	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	162.500	162.500
Pensión	1	208.000	208.000
Riesgos Laborales	1	31.700	31.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	402.200	402.200

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	1063563387	WENDY LORAINE PEÑA ARIZA		TRANSVERSAL 65A No 1-23	3015586370	wendylorainepa@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: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2024-04	2024-04	I	16/05/2024	76971024	$402.200

DETALLE 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	1063563387	PEÑA ARIZA WENDY LORAINE	59	0			N																	230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS005	1.300.000	162.500	14-7	1.300.000	3	31.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

	SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD
	PROCESO: GESTIÓN CONTRACTUAL
	FORMATO: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES
MES:	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES MAYO 2024
SERVICIO:	PROGRAMACION DE ACTIVIDADES PERSONAL ENFERMERIA DE UMHES SANTA CLARA

ESPECIALIDAD	NOMBRE	TIPO CONTRATACION	ACTIVIDAD	JORNAD	MI	J	V	S	D	L	M	MI	J	V	S	D	L	M	MI	J	V	S	D	L	M	MI	J	V	S	D	L	M	MI	J	V	TOTAL HORAS
					1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
AUXILIARES DE ENFERMERIA	WENDY LORAINE PEÑA ARIZA	OPS	Cexter	D		9	9			9	9	9	9	9				9	9	9	9			9	9	9	9	9	11	12	9	9	9	9	9	212
	LILIANA GIL	OPS	Cexter	D		9	9			9	9	9	9	9		12		9	9	9	9		12	9	9	9	9	9			9	9	9	9	9	213