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 CONTRATACION
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CÓDIGO: AP-IA-FT-[illegible]
VERSIÓN: 04
FECHA: 2024-02-22

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 1505 2024	C.D.P. No.:	140	Proceso que pertenece:	SERVICIOS AMBULATORIOS
				Servicio al que pertenece:	DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS
				Unidad a la que pertenece:	CENTRO DE SALUD SAMPER MENDOZA

Nombre del Contratista: MARIA FERNANDA SIERRA VELASQUEZ C.C. 1.026.302.401 de: BOGOTÁ

Fecha Inicio: 2024-01-21 Fecha Terminación inicial: 2024-03-20 Valor Mensual: $ 2.164.260 Valor a cobrar: $ 876.010

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
	$ 2.164.260	934	2024-03-21	2024-04-20
	$ 2.164.260	1261	2024-04-21	2024-05-20
	$ 2.885.680		2024-05-21	2024-06-30

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO PLANILLA
	ENERO	$ 772.950	$ 388.500	72410569	18/01/2024
	FEBRERO	$ 2.164.260	$ 436.100	74273240	22/02/2024
	MARZO	$ 2.164.260	$ 430.900	74731933	11/03/2024
	ABRIL	$ 2.205.484	$ 405.700	76304234	12/04/2024
	MAYO	$ 876.010	$ 405.900	76306637	14/05/2024

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 4.328.520	$ 11.542.720	$ 8.182.964	$ 3.359.756

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

Relación de actividades para el periodo: Desde: 2024-05-01 Hasta: 2024-05-16

	OBLIGACIONES ESPECIFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUTO O EVIDENCIA
1	Prestar el servicio de conformidad con la programacion de agenda acordada con el supervisor del contrato, para el desarrollo de sus actividades	Se desarrollaron las actividades contractuales de acuerdo al cronograma para el mes de MAYO DE 2024	Programacion de Turnos
2	Controlar los signos vitales de cada uno de los pacientes asignados con la periodicidad requerida segun orden medica, orden de Enfermeria y protocolo	Se realizo la toma al 100% de los pacientes asignados el mes d eMAYO DE 2024	Historias Clinicas Aplicativo Dinamica
3	Orientar y preparar a los pacientes para examenes diagnostico de acuerdo con los protocolos de manejo y tecnologia requerida Segun normas establecidas	Se realizo la preparacion al 100% de los pacientes asignados el mes de MAYO DE 2024	Historias Clinicas Aplicativo Dinamica
4	Realizar actividades propias del cuidado de enfermeria previniendo acciones inseguras en la prestación de servicios de salud	El 100% de las actividades derivadas del plan de cuidado de enfermeria se realizaron teniendo en cuenta las practicas seguras el mes de MAYO DE 2024	Historias Clinicas Aplicativo Dinamica
5	Notificar inmediatamente las acciones inseguras ocurridas a sus pacientes al medico de turno, jefe inmediato y en el sistema de reporte	Notificar inmediatamente las acciones inseguras ocurridas a sus pacientes al médico de turno, jefe inmediato y en el sistema de reporte mes de MAYO 2024	Aplicativo Almera
6	Informar a la enfermera jefe del servicio y al medico tratante, sobre los cambios del estado clinico de los pacientes en forma oportuna y adecuada	Se garantizo el reporte del 100% de las desviaciones en la evolucion del paciente al equipo de trabajo el mes de MAYO DE 2024	Formatos de Limpieza y desinfeccion
7	Revisar la Historia clinica de los pacientes asignados conociendo su evolucion diaria, tratamiento, para realizar el plan de cuidado de enfermeria integral del	Se realizo la revision de las historias cllinica del 100% de los pacientes asignados en el mes de MAYO DE 2024	Historias Clinicas Aplicativo Dinamica
8	Mantener limpio y ordenado la unidad de los pacientes asignados durante el Turno	Se garantizo el proceso de limpieza y desinfeccion, rutinaria y terminal de las unidades del paciente asi como de las diferentes areas del servicio durante el mes de MAYO DE 2024	Formatos de Limpieza y desinfeccion

Observaciones:

Nota: [illegible] certificación actual (certificación del pago a Salud pensión y ARL. En caso de tener contrato nuevo adjuntar la copia de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud como cotizante y afiliación a pensión. Teniendo en cuenta lo dispuesto en la reglamentación del Decreto 1273 de 2018 el pago de aportes se hace de manera vencida de acuerdo con las fechas establecidas en el Decreto 2616 de 2013.

María Fernanda Sierra.

Firma del Contratista

C.C. 1.026.302.401 de BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATO

NOMBRE:	JULI PAOLA NEIRA BAUTISTA
CARGO:	DIRECTOR AMBULATORIOS
FIRMA	

CUENTA DE COBRO No 5

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

NIT. 900.959.051.7

DEBE A:

MARIA FERNANDA SIERRA VELASQUEZ

C.C 1026302401 DE BOGOTA

LA SUMA DE:

***OCHOCIENTOS SETENTA Y SEIS MIL DIEZ PESOS* MCTE**

($876.010)

85 HORAS por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No **PS 1505 2024** con afiliación a ARL RIESGO 3.

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA II PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Cordialmente,

Maria Fernanda Sierra

NOMBRE: MARIA FERNANDA SIERRA VELASQUEZ
CC: 1026302401
CUENTA BANCARIA: 009270444798 BANCO: DAVIVIENDA
TELEFONO: 3204411655
DIRECCION: CL 48Q SUR 5C 79

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	1026302401	MARIA FERNANDA SIERRA VELASQUEZ		KR 58 48P 84 SUR	3282828	1927fernandasierra@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ, D.C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

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	14/05/2024	76306637	$405.900	

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					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	162.500	0		0		0	11	1.500	0	164.000	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	208.000	0	0	0	0	11	1.900	0	209.900	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										
14-4	Vida Colpatria S.A.	860002183-9	31.700				31.700	11	300	32.000			317	32.000	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Valor 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. Afiliados	Valores de IGE, LMA, SLN, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	162.500	164.000
Pensión	1	208.000	209.900
Riesgos Laborales	1	31.700	32.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	402.200	405.900

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	1026302401	MARIA FERNANDA SIERRA VELASQUEZ		KR 5B 48P 84 SUR	3282828	1927fernandasierra@gmail.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
SI

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	14/05/2024	76306637	$405.900

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colomna	Subtipo	Extranjero	Cotiz. exterior	Exonerado	IGE	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Cotizante								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	Apor MEI
1	CC	1026302401	SIERRA VELASQUEZ MARIA FERNANDA	59	0			N																	230201	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS010	1.300.000	162.500	14-4	1.300.000	3	31.700		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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