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 1567 2024 **C.D.P. No.:** 140

Proceso que pertenece: MISIONAL
Servicio al que pertenece: AMBULATORIO
Unidad a la que pertenece: CAPS CHIRCALES

Nombre del Contratista: JOHANNA MIRELLA CHACON GIL **C.C.** 52.450.433 **de:** BOGOTA D.C

Fecha Inicio: 2024-01-22 **Fecha Terminación inicial:** 2024-03-20 **Valor Mensual:** $ 3.747.200 **Valor a cobrar:** $ 3.747.200

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 3.934.560	934	2024-03-21	2024-04-20
2	$ 3.840.880	1261	2024-04-21	2024-05-20
3	$ 5.495.893		2024-05-21	2024-06-30
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 2024	$ 1.405.200	$ 475.500	1060135162	02/01/2024
2	FEBRERO 2024	$ 3.597.312	$ 475.500	1060912255	04/02/2024
3	MARZO 2024	$ 3.597.312	$ 445.300	1061855596	01/03/2024
4	ABRIL 2024	$ 3.747.200	$ 445.300	1062729355	04/01/2024
5	MAYO 2024	$ 3.747.200	$ 464.100	1063441668	05/05/2024
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 7.194.624	$ 20.465.957	$ 16.094.224	$ 4.371.733

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERO (A) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN 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:** 2024-05-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCION DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUTO O EVIDENCIA
1	1. Prestar sus servicio de apoyo en forma personal y autónoma como enfermera en el servicio de consulta externa , en lo relacionado con actividades de promoción de la salud y detección de la enfermedad según curso de vida, programas de atención y condiciones de los usuarios, programación y supervisión de las actividades que realizan las auxiliares de enfermería y demás procedimientos, actividades y reportes que se deriven de la atención relacionada con su profesión según la demanda de usuarios y necesidad del Servicio en cada una de las sedes que conforman la Subred Centro Oriente, sujetándose a la normatividad vigente en el marco del sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud para el ejercicio de la profesión, acogiéndose las guías y protocolos definidas por la Subred.	Se realizaron las diferentes actividades como consultas, seguimientos de promoción de la salud y detección de la enfermedad según curso de vida, programas de atención y condiciones de los usuarios, programación y supervisión de las actividades que realizan las auxiliares de enfermería y demás procedimientos, actividades y reportes que se deriven de la atención relacionada con su profesión según la demanda de usuarios y necesidad del Servicio en el mes de MAYO del 2024.	Historias Clinicas, Aplicativo Dinamica, Ri
2	2. Realizar procedimientos de acuerdo a su competencia.	Se realizo procedimientos de acuerdo a la competencia de enfermeria tales como insercción de implantes subdermicos, DIU, toma de pruebas rápidas, en el mes de MAYO del 2024	Historias Clinicas, Aplicativo Dinamica, Ri Drive de POCT, consentimientos informad
3	3.Realizar seguimiento a los programas de promoción de la salud y detección de la enfermedad conforme a necesidades del servicio, así como de eventos de interés en salud pública	Se realizo los correspondientes notificaciones, seguimientos a los programas de promoción de la salud y detección de la enfermedad conforme a necesidades del servicio, así como de eventos de interés en salud pública del mes de MAYO del 2024	Historias Clinicas Aplicativo Dinamica, Ri Fichas de notificación
4	4.Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.	Se realizo el reporte de los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente del mes de MAYO del 2024	Historias Clinicas ,Aplicativo Dinamica, Fi de notificación.
5	5.Cumplir con las normas de bioseguridad, limpieza y desinfección conforme a los protocolos y guias de la entidad.	Se realizaron las difernetes actividades y procedimientos de enfermeria cumpliendo con las normas de bioseguridad, limpieza y desinfección conforme a los protocolos y guías de la entidad en el mes de MAYO del 2024	Historias Clinicas ,Aplicativo Dinamica, Formatos de evaluación, Formatos de Limpieza y desinfeccion
6	6. Apoyar el proceso de gestión y operación de: BAI, SIVIGILA, IAAS, EEVV, Patologías y Eventos de Alto Costo, seguimiento y monitoreo de Cohortes según grupos de riesgo priorizados en el marco del MIAS.	Se realizó el apoyo en el proceso de gestión y operación de: BAI, SIVIGILA, IAAS, EEVV, Patologías y Eventos de Alto Costo, seguimiento y monitoreo de Cohortes según grupos de riesgo priorizados en el marco del MIAS correspondientes al mes de MAYO del 2024 de acuerdo a los parametros establecidos.	Historias Clinicas ,Aplicativo Dinamica, Fi de notificación.
7	7. Apoyar el proceso de gestión de fuentes de información y bases de datos relacionadas con las cohortes de seguimiento. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.	Se garantizo el apoyo en el proceso de gestión de fuentes de información y bases de datos relacionadas con las cohortes de seguimiento con uso adecuado de los insumos y medicamentos requeridos en el servicio para el mes de MAYO del 2024.	Historias Clinicas, Aplicativo Dinamica
8			

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.

Johanna M. Chacón Gil
Firma del Contratista

C.C. **de**

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATO

NOMBRE:	JUL PAOLA NEIRA BAUTISTA
CARGO:	DIRECTOR AMBULATORIOS
FIRMA	

CUENTA DE COBRO No. 5-2024

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
NIT 900.959.051-7

DEBE A

JOHANNA MIRELLA CHACÓN GIL
C.C. 52450433 DE BOGOTÁ D.C

LA SUMA DE:

(3´747.200) TRES MILLONES SETECIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL DOCIENTOS PESOS M/CTE

Por concepto de: 200 HORAS Honorarios por Prestación de Servicios en cumplimiento del Contrato No. PS 1567 2024, con afiliación ARL RIESGO 3 correspondiente al mes de MAYO de 2024

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERO (A) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E DEL 01/05/24 AL 31/05/24

Johanna M. Chacón G.

JOHANNA MIRELLA CHACÓN GIL
C.C. 52.450.433 DE BOGOTA
Cel. 3134028724
Dir: CARRERA 12 F # 30 – 61 SUR INTERIOR 3 APARTAMENTO 103
Cuenta: 20455815379 BANCO: BANCOLOMBIA
31 DE MAYO 2024

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2024-05-06, 07:20:32 AM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1063441668

Periodo Cotización 202404 **Periodo Servicio** 202404

Cliente:

PAGADA 2024-05-05 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JOHANNA MIRELLA CHACON GIL				
Documento	CC 52450433	**Dirección**	CR 12F SUR #30 - 61 IN 3 AP 103		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	6014738103		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 52450433		**Residente**		**Exonerado**	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	57	00					CHACON GIL JOHANNA MIRELLA	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																				Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	30	0			$ 1.500.000	25-14		16 %	$ 1.500.000	$ 240.000	$ 0	$ 0	EPS017		12,5 %	$ 1.500.000	$ 187.500	$ 0	14-7	3	2,436 %	$ 1.500.000	$ 36.600	N/N-CC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
COLPENSIONES	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	FAMISANAR EPS	SEGUROS BOLIVAR	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 240.000	$ 0	$ 0	$ 187.500	$ 36.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 464.100

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!