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 3956 2024 | **C.D.P. No.:** | 599 | **Proceso que pertenece:** | SERVICIOS AMBULATORIOS |
| | | | | **Servicio al que pertenece:** | CONSULTA EXTERNA |
| | | | | **Unidad a la que pertenece:** | CAPS PRIMERO DE MAYO |

**Nombre del Contratista:** CLAUDIA ANGELICA VEGA PENAGOS **C.C.** 52.811.466 **de:** BOGOTA

**Fecha Inicio:** 2024-04-09 **Fecha Terminación inicial:** 2024-04-20 **Valor Mensual:** $ 2.267.320 **Valor a cobrar:** $ 2.112.730

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | $ 2.267.320 | 599 | 2024-04-21 | 2024-05-20 |
| 2 | $ 3.023.093 | | 2024-05-20 | 2024-06-30 |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |

| Nº CTA | MES DE CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR | VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL | NÚMERO DE PLANILLA | FECHA DE PAGO PLANILLA |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | ABRIL | $ 1.525.288 | $ 295.100 | 1062995726 | 16/04/2024 |
| 2 | MAYO | $ 2.112.730 | $ 402.200 | 1063033059 | 7/05/2024 |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |
| 5 | | | | | |
| 6 | | | | | |
| 7 | | | | | |
| 8 | | | | | |
| 9 | | | | | |
| 10 | | | | | |
| 11 | | | | | |
| 12 | | | | | |

**Resumen de contrato**

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 1.284.815 | $ 6.575.228 | $ 3.638.018 | $ 2.937.210 |

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

**OBJETO DEL CONTRATO**

PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA 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:** 2024-05-31

| | OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta) | DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 1 | 1) Desarrollar las actividades que se generen directa e indirectamente del objeto contractual en las Unidades de prestación de servicios asignadas de acuerdo con la programación de actividades. 2) Cumplir con el objeto del contrato, de manera personal y autónoma. 3) Cumplir con las Leyes, Decretos, Acuerdos, Resoluciones, Circular de cualquier órgano externo o Reglamento Interno, Código o Directriz Interna de la E.S.E que tenga relación con la ejecución del objeto del presente contrato. 4) Acatar las instrucciones que durante el desarrollo del contrato imparta la SUBRED a través del supervisor del contrato. 5) No acceder a peticiones o amenazas de quienes actúen por fuera de la ley con el fin de hacer u omitir algún hecho. 6) Tener en cuenta las observaciones y lineaminetos del supervisor del contrato. 7) Garantizar la calidad de los servicios ofrecidos (idoneidad humana, moral y técnica). 8) Cumplir con las Guias, protocolos y procedimientos implementados por la Subred y demás caracteristicas del sistema obligatorio de Garantias de Calidad de la Atención en Salud en el Sistema General de Seguridad Social. 9) Realizar las actividades encomendadas relacionadas con las politicas de LA SUBRED respecto al proceso de acreditación, habilitación y certificación en Sistema de Gestión de Calidad. | | |
| 2 | | Asignancion de citas de progrmas de PYD | registro por dianmica gerencial |
| 3 | | seguimiento a bases de datos de programas de PYD | registro por dianmica gerencial y drive del centro de salud |
| 4 | | desifeccion de consultorios | Diario en planillas de consultorio |
| 5 | | cumplimiento de guis guias y protocolos esta blecidos por la subred | diario con los usuarios |
| 6 | | pago de los aportes al Sistema General de Seguridad Social y aportes Parafiscales | anexo planilla |
| 7 | | | |
| 8 | | | |
| 9 | | | |

**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

CLAUDIA VEGA

**Firma del Contratista**

**C.C.** 52.811.466 **de** BOGOTÁ

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATO | |
|---|---|
| **NOMBRE:** | JULI PAOLA NEIRA BAUTISTA |
| **CARGO:** | Director Técnico Servicios Ambulatorios |
| **FIRMA** | |

**Cuenta de cobro N.º 2 – MAYO – 2024**

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

**Nit. 900.959.051-7**

**DEBE A:**

**CLAUDIA ANGELICA VEGA PENAGOS**
C.C. 52.811.466 de Bogotá

**LA SUMA DE:**

**DOS MILLONES CIENTO DOCEMIL SETECIENTOS TREINTA PESOS M/CTE**
**($2.112.730 M/CTE)**

Por concepto de:

- **205 horas**. Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No PS 3956 de 2024 correspondiente del 1 al 31 del mes de MAYO de 2024

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

**Cordialmente,**

CLAUDIA VEGA.

CLAUDIA ANGELICA VEGA PENAGOS
C.C: 52.811.466
Celular 322 214 92 30
Dirección: CALLE 152 B # 133 - 08
Número de cuenta: 0550 4884 1319 8422
Tipo de cuenta: AHORROS
Banco: DAVIVIENDA

Fecha de generación de cuenta: 31/MAYO/2024

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2024-05-07, 09:41:03 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1063033059

**Periodo Cotización:** mayo de 2024 **Periodo Servicio:** mayo de 2024 **Referencia pago (PIN):** 8810487456

## PAGADO 07/05/2024 EN HORARIO EXTENDIDO

### I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | CLAUDIA ANGELICA VEGA PENAGOS | | |
| **Documento** | CC52811466 | **Dirección** | CALLE 152B N 133-08 |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 4763648 |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO |
| **Ciudad** | BOGOTA D.C. | **Departamento** | BOGOTA D.C. |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | |
| **Total Afiliados** | 1 | **ARP** | ARL SURA |

### II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | RET P | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |
| CC 52811466 | CLAUDIA ANGELICA VEGA PENAGOS | 59 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 0 | (230301) PORVENIR | $ 1.300.000 | $ 208.000 | (EPS010) EPS SURA | $ 1.300.000 | $ 162.500 | 2,436 | $ 1.300.000 | $ 31.700 | (NIN-CC) NINGUNA CCF | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 402.200 |

### III.TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 1.300.000 | $ 1.300.000 | $ 1.300.000 | $ 0 | $ 208.000 | $ 162.500 | $ 31.700 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 402.200 | $ 0 | $ 402.200 |



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!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.