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 3512 2024	**C.D.P. No.:**	494	**Proceso que pertenece:**	MISIONAL
				Servicio al que pertenece:	GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO
				Unidad a la que pertenece:	HOSPITAL MATERNO INFANTIL

Nombre del Contratista: ANGEL FLAMINIO GUIZA ROMERO **C.C.** 1,026,598,300 **de:** BOGOTÁ D.C.

Fecha Inicio: 2024-02-07 **Fecha Terminación inicial:** 2024-08-31 **Valor Mensual:** $ 2.491.888 **Valor a cobrar:** $ 2.491.888

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO PLANILLA
1	FEBRERO	$ 4.721.472	$ 412.400	74614164	8/02/2024
2	MARZO	$ 4.721.472	$ 597.100	75066802	6/03/2024
3	ABRIL	$ 4.721.472	$ 597.100	75592401	4/04/2024
4	MAYO	$ 3.672.256	$ 928.100	76780656	5/02/2024
5	JUNIO	$ 2.491.888	$ 928.100	77451903	4/06/2024

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 29.303.184	$ 29.303.184	$ 20.328.560	$ 8.974.544

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA OFICINA DE GESTION DEL CONOCIMIENTO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. PARA EL CONVENIO 299-2023 ATENEA - SUBREDCO

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2024-06-01 **Hasta:** 2024-06-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUTO O EVIDENCIA
1	Contactar los diferentes referentes o profesionales de atención de recién nacidos a termino con bajo peso para sociafizar el proyecto	Se realizaron informes constantes de los trabajos realizados según lo esperado y solicitado por el equipo de investigadores principales para informar avances, dicutir ajustes y correcciones.	No aplica, la comunicación se realizó de manera constante y permanente vía asincrónica.
2	Consolidar una base de datos de contactos de participantes que cumplan los criterios de inclusión y exclusión	Se seleccionaros aquellos recién nacidos a término con bajo peso para la edad gestacional y se organizó una base de datos con los participantes.	Base de datos de los recién nacidos IMI y Meissen.
3	Respetar la confidencialidad y mantener la seguridad de las historias clínicas consultadas, manteniendo siempre los principios éticos investigativos	Las HC fueron utilizadas exclusivamente para extraer la información necesaria de la investigación. Esta información solo es compartida por el equipo de investigación y se ha mantenido en todo momento el respeto, confidencialidad y principios éticos. Ningún dato encontrado ha sido compartido con personas ajenas al proyecto.	Base de datos de los recién nacidos IMI y Meissen. Reporte auditoría
4	Aplicar el instrumento de recolección de información (formulario de Google) a la totalidad de las historias clínicas de los participantes que cumplan los criterios de inclusión y exclusión	Se inicio la recolección de la información necesaria según las variables identificadas y según el objetivo de la investigación; esto mediante un formulario de Google y un registro físico.	Formulario de extracción - Respuestas, Evidencia matriz física. Reporte auditoria
5	Consolidar la información de la totalidad de los datos recolectados en una base de datos	La información recolectada durante la prueba piloto se recogió mediante un formulario de Google y se exportó a una Matriz de Excel	Formulario de extracción - Respuestas, Evidencia matriz física. Reporte auditoria
6	Alimentar la matriz censal de participantes incluidos en el estudio con sus caracteristicas demográficas y de contacto	Inclusión de variables de caracterización social en los criterios de recolección de información.	Formulario de extracción - Respuestas, Evidencia matriz física. Reporte auditoria
7	Participar en las reuniones de gestión del grupo de investigación liderados por el coordinador de campo.CONVENIO 299-2023 ATENEA-SUBREDCO	Se realizaron presentaciones de los resultados parciales a los integrantes del equipo de investigación para dicutir ajustes y correcciones.	Formulario de extracción - Respuestas, Evidencia matriz física. Reporte auditoria
8	Las demás contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato	Se realizó un protocolo de extracción de información y análisis de riesgos. Se creó una matriz de recolección de información física.	Protocolo de extracción de datos, evidencia matriz física. Reporte auditoria

Observaciones: Cantidad de horas junio 2024 (733)

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

C.C. 1,026,598,300 **de** BOGOTÁ D.C.

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATO

NOMBRE:	MARTHA JANNET SABOGAL GARCÍA
CARGO:	JEFE DE OFICINA CODIGO 006 GRADO 05
FIRMA	

CUENTA DE COBRO No. 5 - 2024

FECHA: 30/06/2024

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

Nit. 900.959.051-7

DEBE A:

ANGEL FLAMINIO GUIZA ROMERO
C.C. 1.026.598.300 de Bogotá

LA SUMA DE:

DOS MILLONES CUATROCIENTOS NOVENTA Y UN MIL OCHOCIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS M/CTE ($2.491.888)

Por concepto de:

- Honorarios por contratación de servicios en cumplimiento del contrato No PS 3512 2024, con afiliación a ARL RIESGO 3 correspondiente al mes de junio de 2024

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA OFICINA DE GESTION DEL CONOCIMIENTO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. PARA EL CONVENIO 299-2023 ATENEA - SUBREDCO

Cordialmente,

ANGEL FLAMINIO GUIZA ROMERO
C.C. 1.026.598.300 de Bogotá D.C.
Teléfono: 3192091540 Dirección: Calle 3 sur 70 - 81
No. Cuenta: 10830039720 Cuenta de ahorros BANCOLOMBIA

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	1026598300	ANGEL FLAMINIO GUIZA ROMERO	Calle 3 Sur 70 - 81	8004325	afguizar09@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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2024-05	2024-05	I	04/06/2024	77451903	TOTAL A PAGAR	
					$928.100	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	375.000	0		0		0	0	0	0	375.000	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	480.000	0	0	0	0	0	0		480.000	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	73.100				73.100	0	0	73.100			731	73.100	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	375.000	375.000
Pensión	1	480.000	480.000
Riesgos Laborales	1	73.100	73.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	928.100	928.100

PAGADA

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