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 5473 202 | C.D.P. No.: 1399

Proceso que pertenece: CONVENIO 0002-2023
Servicio al que pertenece: CONSULTA EXTERNA
Unidad a la que pertenece: UMHES SANTA CLARA

Nombre del Contratista: LINA MARIA VENEGAS PRIETO | C.C. 1.071.164.796 | de: LA CALERA

Fecha Inicio: 2023-05-18 | Fecha Terminación inicial: 2023-06-06 | Valor Mensual: $ 4.613.064 | Valor a cobrar: $ 4.613.064

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 4.613.064	1654	07/06/2023	06/07/2023
2	$ 4.613.064	1983	07/07/2023	06/08/2023
3	$ 4.613.064	2295	07/08/2023	06/09/2023
4	$ 4.613.064	2802	07/09/2023	06/10/2023
5	$ 4.613.064	3415	07/10/2023	06/11/2023
6	$ 3.698.723	3961	07/11/2023	06/12/2023
7	$ 2.721.708	4117	07/12/2023	01/02/2024
8	$ 8.195.877	123	2023-12-07	2024-02-01
9	$ 2.921.607	878	2024-02-02	2024-03-31
10	$ 9.226.128	1116	2024-04-01	2024-04-30
11	$ 4.613.064	1332	2024-05-01	2024-05-31
12	$ 6.889.596	1790	2024-06-01	2024-07-15

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO PLANILLA
1	MAYO	$ 2.131.035	$ 533.700	9450472030	18/5/2023
2	JUNIO	$ 4.613.064	$ 533.700	9452052403	14/6/2023
3	JULIO	$ 4.613.064	$ 533.700	9453217697	13/07/2023
4	AGOSTO	$ 4.613.064	$ 533.700	9454558273	13/08/2023
5	SEPTIEMBRE	$ 4.613.064	$ 571.000	9455884672	14/9/2023
6	OCTUBRE	$ 4.613.064	$ 571.000	9457262998	18/10/2023
7	NOVIEMBRE	$ 2.721.708	$ 571.000	9460015975	7/12/2023
8	DICIEMBRE	$ 1.891.356	$ 571.000	9460015975	7/12/2023
9	ENERO	$ 4.613.064	$ 571.000	9461446019	15/1/2024
10	ENERO	$ 4.613.064	$ 571.000	9461446019	15/1/2024
11	FEBRERO	$ 4.613.064	$ 571.000	9462523505	9/2/2024
12	MARZO	$ 4.613.064	$ 571.000	9463983169	18/3/2024
13	ABRIL	$ 4.613.064	$ 571.000	9465237685	15/04/2024
14	MAYO	$ 4.613.064	$ 571.000	9466706769	17/5/2024
15	JUNIO	$ 4.613.064	$ 571.000	9468198764	18/6/2024

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 3.075.376	$ 64.407.399	$ 62.100.867	$ 2.306.532

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E, CONVENIO 0002 DE 2023.

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	Elaborar el plan de cuidado por integrante del hogar	Aplicación de escalas y preguntas claves para generar plan de cuidado según necesidades.	Generar plan de cuidado y link
2	Entregar al grupo de gestión familiar el reporte de las atenciones realizadas por los profesionales en la herramienta prevista para tal fin	Realizar valoración integral a familia y generar plan a seguir para mejorar salud.	Historia Clínica, Plan de cuidado
3	Asistencia a comité	Acudir al comité semanal y participar activamente.	Acta del comité y firma de asistencia
4	Entre otras actividades que permitan la ejecucion del convenio	Asistir a conglomerados y realizar valoraciones y acciones de cuidado de enfermería	Asistencia a conglomerados
5	Registrar información en la base de datos de atenciones en salud definida por la secretaría Distrital de salud y diligenciar el Plan de cuidado individual con las recomendaciones definidas según los hallazgos y la concertación.	Diligenciar bases de datos según valoracion de personas y familias, etapas de vida y necesi	Historia clinica, Plan de cuidado
6	En caso de identificar eventos de interés en salud pública, realizar la notificación al subsistema correspondiente y notificar al Gestor familiar y/o su equipo de apoyo.Valorar de manera integral la salud	Reportar y canalizar en maximo 24 horascualquier caso de alta prioridad	Formatos de reporte, Canalización.
7	Identificar los principales cambios en el desarrollo	Realizar examen físico en consulta	Plan de cuidado e historia clinica
8	Identificar oportunamente factores de riesgo con el fin de prevenirlos o derivarlos para su manejo oportuno	Realizar valoración integral a familia y generar plan a seguir para mejorar salud.	Plan de cuidado e historia clinica
9	Identificar y potenciar capacidades, habilidades y prácticas para promover el cuidado de la salud.	Realizar valoración integral a familia y generar plan a seguir para mejorar salud.	Plan de cuidado e historia clinica

Cuenta de cobro 15- 2024

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

Nit. 900.959.051-7

DEBE A:

LINA MARIA VENEGAS PRIETO

C.C. 1.071.164.796

LA SUMA DE:

CUATRO MILLONES SEISCIENTOS TRECE MIL SESENTA Y CUATRO PESOS M/CTE

$ (4.613.064)

Por concepto de:

- Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del **contrato No PS 5473-2023** correspondiente del 01 al 30 de junio de 2024.

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E, CONVENIO 0002 DE 2023

Cordialmente,

LINA MARIA VENEGAS PRIETO
C.C. 1.071.164.796
Teléfono: 3214273785 Dirección: Calle 51 No 4-61
No Cuenta: 047341003
Banco Bogotá

Fecha: 30 de junio de 2024

en línea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1071164796		VENEGAS PRIETO LINA MARIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cll 6 a # 5- 39	LA CALERA-CUNDINAMARCA	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-05	2024-05	1000000240	9468198764	I	2024/06/26	2024/06/18	BANCO DE BOGOTA	0	$571,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,845,225	$295,300			$1,845,225	$230,700			$0	$0			$1,845,225	$45,000		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,845,225	$295,300			$1,845,225	$230,700			$0	$0			$1,845,225	$45,000		$0	$0
Ciudad: LA CALERA Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)					$1,845,225	$295,300			$1,845,225	$230,700			$0	$0			$1,845,225	$45,000		$0	$0
1	CC	1071164796	VENEGAS LINA	230201	30	$1,845,225	$295,300	EPS008	30	$1,845,225	$230,700		0	$0	$0	14-25	30	$1,845,225	$45,000	0	$0	$0
Total			**Afiliados(1)**			$1,845,225	$295,300			$1,845,225	$230,700			$0	$0			$1,845,225	$45,000		$0	$0