Secretaría Distrital 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 – GESTION DE CONTRATACIÓN**
**FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO**

**CÓDIGO: AP-IA-FT-014**
**VERSION: 04**
**FECHA: 2024-02-22**

## 1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| No. CONTRATO - OPS: | PS 1982 2024 | C.D.P. No.: | 280 | Proceso que pertenece: | AMBULATORIOS |
| | | | | Servicio al que pertenece: | CONSULTA EXTERNA |
| | | | | Unidad a la que pertenece: | HOSPITAL SANTA CLARA |

**Nombre del Contratista:** WENDY LORAINE PEÑA ARIZA **C.C.** 1.063.563.387 **de:** BOGOTA

**Fecha Inicio:** 2024-01-21 **Fecha Terminación inicial:** 2024-03-20 **Valor Mensual:** $ 2.438.116 **Valor a cobrar:** $ 2.438.116

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | $ 2.046.333 | 945 | 21/03/2024 | 20/04/2024 |
| 2 | $ 2.240.963 | 1269 | 21/04/2024 | 20/05/2024 |
| 3 | $ 2.926.904 | 1614 | 21/05/2024 | 30/06/2024 |
| 4 | $ 2.549.768 | 2202 | 01/07/2024 | 31/07/2024 |
| 5 | $ 6.492.760 | 2785 | 01/08/2024 | 31/10/2024 |
| 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 | $ 937.846 | $ 358.900 | 73820133 | 18/12/2023 |
| 2 | FEBRERO | $ 2.205.484 | $ 403.000 | 74584257 | 22/02/2024 |
| 3 | MARZO | $ 2.019.976 | $ 402.200 | 75386987 | 12/03/2024 |
| 4 | ABRIL | $ 2.215.790 | $ 402.200 | 76136584 | 11/04/2024 |
| 5 | MAYO | $ 2.184.872 | $ 402.200 | 76971024 | 16/05/2024 |
| 6 | JUNIO | $ 2.061.200 | $ 402.200 | 77783883 | 17/06/2024 |
| 7 | JULIO | $ 2.153.954 | $ 402.200 | 78523840 | 12/07/2024 |
| 8 | AGOSTO | $ 2.438.116 | $ 402.200 | 79315827 | 15/08/2024 |
| 9 | | | | | |
| 10 | | | | | |
| 11 | | | | | |
| 12 | | | | | |
| 13 | | | | | |
| 14 | | | | | |
| 15 | | | | | |
| 16 | | | | | |
| 17 | | | | | |
| 18 | | | | | |
| 19 | | | | | |
| 20 | | | | | |
| 21 | | | | | |

**Resumen de contrato**

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 4.534.640 | $ 20.791.388 | $ 16.217.238 | $ 4.574.150 |

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

**Relación de actividades para el periodo:** **Desde:** 2024-08-01 **Hasta:** 2024-08-31

| | OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta) | DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO | |
|---|---|---|---|
| | | ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUTO O EVIDENCIA |
| 1 | Prestar sus servicios como auxiliar de enfermería, en lo relacionado con actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. | Se presto el servicio de conformidad con la asignación de actividades acordadas con el supervisor del contrato para el desarrollo de las mismas durante el mes de Marzo. | Programacion de actividades diarias |
| 2 | Organizar el servicio y realizar alistamiento de consultorios con la dotación necesaria y mantenerlos ordenados para facilitar la prestación de servicio adecuado y oportuno por parte de los profesionales que realizan la consulta | Se facilito la organización del servicio propendiendo por alistar los insumos necesarios para el funcionamiento del mismo, durante el mes de Marzo. | Programacion de actividades diarias |
| 3 | Cumplir con las normas de bioseguridad, limpieza y desinfección conforme a los protocolos y guías institucionales | Se cumplieron realizaron los procesos de limpieza y desinfección del servicio durante el mes de Marzo | Formatos de registros de Limpieza y desinfeccion, soportes de autorias realizadas por el área de infecciones, precomite de infecciones |
| 4 | Realizar actividades de educación a usuarios y familiares conforme a lo requerido en el servicio | Se orientaron los usuarios y/o familiares un vez sale de la consulta medica, durante el mes de Marzo. | Seguimiento supervisión |
| 5 | Realizar la programación de procedimientos menores que se realizan en consultorio (lavado de oídos, procedimientos de dermatología y cirugía maxilofacial, etc.), teniendo en cuenta los valores fecha, hora y preparación. | Se realizaron los procedimientos programados como lavados de oidos y se apoyo a los especialista en la realización de los procedimientos de cx maxilofacial y dermatologia, durante el mes de Marzo. | Historias Clinicas Aplicativo Dinamica, libros de programación procedimientos dermatologia y cx maxilofacial |
| 6 | Cumplir con las actividades propias del servicio y con las asignaciones realizadas por la enfermera coordinadora, lo cual incluye apoyo e instrumentación de procedimientos invasivos en consultorio, traslado y entrega de muestras de patología | Se realizaron las actividades del servicio y las asigandas por la referentes. | Programacion de actividades diarias |
| 7 | Alistamiento, traslado y entrega de instrumental en la Central de Esterilización, y la recepción del mismo una vez sea devuelto. | Se organizo, entrego y alisto el material e intrumental para el funcionamiento del servicio y la realización de las actividades propias del mismo, durante el mes de Marzo. | Programacion de actividades diarias, libros cetral de esterilización |
| 8 | Utilizar adecuadamente los materiales y equipos y avisar sobre la falta o deterioro de los mismos a la enfermera jefe | Se reviso el stok de materiales del servicio y se solicito el necesario para el desarrollo de las actividades del mismo, durante el mes de Marzo. | Programacion de actividades diarias, seguimiento supervisión |
| 9 | Realizar la recepción, custodia y entrega oportuna de las historias clínicas de contingencia, formatos de consentimiento informado al archivo de gestión documental, realizado el registro en el formato correspondiente. | Se realizó entrega de los formatos de contingecia de historia clinica al area de gestión documental | Seguimiento supervisión/libro de entrega en archivo de HC |
| 10 | Demás procedimientos, actividades y reportes que se derivan de la atención, de acuerdo a demanda de servicios y según disponibilidad de tiempo, enmarcado dentro de los parámetros de calidad definidos en la normatividad vigente del sistema | Se realizaron todas las actividades propias del servicio y las asignadas, durante el mes de Marzo. | Seguimiento supervisión |

**Observaciones:**
REALIZO 236 HORAS CONSULTA EXTERNA HOSPITAL SANTA CLARA.

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.

Wendy Peña

**Firma del Contratista**

**C.C.** 1.063.563.387 **de** BOGOTA

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATO | |
|---|---|
| **NOMBRE:** | NATALY DUQUE SALAZAR |
| **CARGO:** | ENFERMERO CODIGO 243 GRADO 20 |
| **FIRMA** | |

CUENTA DE COBRO No. 8 2024

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

Nit. 900.959.051.7

DEBE A:

**WENDY LORAINE PEÑA ARIZA**
C.C. No. 1.063.563.387

La suma de:

Dos Millones Cuatrocientos Treinta y Ocho Mil Ciento Dieciséis Pesos m/cte ($2.438.116)

Por concepto de: 236 Horas

- Honorarios por Prestación de Servicios en cumplimiento del Contrato No. PS 1982 2024, con afiliación a SEGUROS BOLIVAR, RIESGO 3, correspondiente al mes de agosto de 2024.

**OBJETO:** PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES, DE MANERA PERSONAL Y AUTÓNOMA, EN SU CONDICIÓN DE AUXILIAR ENFERMERIA PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES, EN LOS DIFERENTES SERVICIOS Y EN LAS UNIDADES QUE SE REQUIERA, CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Cordialmente,

Wendy Peña.

**WENDY LORAINE PEÑA ARIZA**
C.C. No. 1.063.563.387
Teléfono: 3015586370
Dirección: Transversal 65A No 1-23
Cuenta de Ahorros: 0570008480369563 de Davivienda

Fecha: 31/agosto/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 | 1063563387 | WENDY LORAINE PEÑA ANIZA | | TRANSVERSAL 65A No 1-23 | 3015586370 | wendylorainepa@gmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ D.C. | | NO |

| 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 | |
| 2024-07 | 2024-07 | I | 15/08/2024 | 79315827 | $402.200 | |

## 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 | | | | | |
| EPS005 | Sanitas EPS | 800251440-6 | 162.500 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 162.500 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230301 | Porvenir | 800224808-8 | 208.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 208.000 | 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 | | | | | | | | | | |
| 14-7 | Seguros Bolivar S.A. | 860002503-2 | 31.700 | | | | 31.700 | 0 | 0 | 31.700 | | | 317 | 31.700 | 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 | 162.500 | 162.500 |
| Pensión | 1 | 208.000 | 208.000 |
| Riesgos Laborales | 1 | 31.700 | 31.700 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 3 | 402.200 | 402.200 |

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