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: 2024-03-22

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: 1566-2024 **C.D.P. No.:** 140

Proceso que pertenece: SERVICIOS AMBULATORIOS
Servicio al que pertenece: DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS
Unidad a la que pertenece: CAPS DIANA TURBAY

Nombre del Contratista: JOHANNA NATALIA ACOSTA OROZCO **C.C.** 1.022.963.387 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2024-01-20 **Fecha Terminación Inicial:** 2024-03-20 **Valor Mensual:** $ 3.787.776 **Valor a cobrar:** $ 3.787.776

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 5.058.720	934	2024-03-21	2024-04-20
2	$ 3.597.312	1261	2024-04-21	2024-05-20
3	$ 4.796.416	1261	2024-05-21	2024-06-30
4	$ 5.078.720	2199	2024-07-01	2024-07-31
5	$ 10.791.936	2606	2024-08-01	2024-10-31
5	$ 571.392	2784	2024-08-01	2024-10-31

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO PLANILLA
1	ENERO	$ 2.566.832	$ 626.100	8653280195	18/1/2024
2	FEBRERO	$ 4.627.792	$ 626.100	8628940434	19/2/2024
3	MARZO	$ 3.953.296	$ 626.100	8629433202	8/3/2024
4	ABRIL	$ 3.597.312	$ 489.400	8629958928	15/4/2024
5	MAYO	$ 3.597.312	$ 445.300	8630539420	16/5/2024
6	JUNIO	$ 3.597.312	$ 445.300	8630923433	17/6/2024
7	JULIO	$ 3.597.312	$ 445.300	8631312393	15/7/2024
8	AGOSTO	$ 3.787.776	$ 445.300	8631797633	14/8/2024
9					
10					
11					
12					

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 7.194.624	$ 40.115.040	$ 29.324.944	$ 7.192.784

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 DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

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

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las relacionadas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUTO O EVIDENCIA
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	Las actividades programadas se desarrollaron garantizando la confidencilidad de la informacion	Historias Clinicas Aplicativo Dinamica
2	Realizar procedimientos de acuerdo a su competencia.	Para el mes de AGOSTO de 2024. se cumplieron las actividaes asignadas de manera responsable y trabajo en equipo	Historias Clinicas Aplicativo Dinamica
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	Para el mes de AGOSTO de 2024. se cumplieron las actividaes asignadas de manera responsable y trabajo en equipo	Historias Clinicas Aplicativo Dinamica
4	Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.	Se realizo la identificacion de los riesgos al 100% de los pacientes atendidos y se implementaron las acciones preventivas para disminuir el riesgo de la presencia de sucesos de seguridad en el mes de AGOSTO de 2024.	Aplicativo Almera
5	Cumplir con las normas de bioseguridad, limpieza y desinfección conforme a los protocolos y guías de la entidad.	Se realiza limpieza, desinfección cumpliendo las normas de bioseguridad cumpliendo con el protocolo institucional	VERIFICACION DE FORMATO DE DESINFECCION A CONSULTORIOS
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.	para el mes de AGOSTO de 2024. se realizaron los reportes de sucesos de seguridad durante el desarrollo de las actividades programadas	Historias Clinicas Aplicativo Dinamica
7	Apoyar el proceso de gestión de fuentes de información y bases de datos relacionadas con las cohortes de seguimiento.	Se realizo el reportes de los sucesos de seguridad identificados en el mes de AGOSTO de 2024.	Historias Clinicas Aplicativo Dinamica

Observaciones:
SE REALIZAN 192HORAS LABORADAS Y 563 CONSULTAS

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.

J. Natalia A.
Firma del Contratista

C.C 1022963387 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATO

NOMBRE:	CLAUDIA MARCELA MELO PASTRAN
CARGO:	DIRECTOR AMBULATORIOS
FIRMA	

Raul Andres Muñoz Niño.

CUENTA DE COBRO No 08

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

NIT. 900.959.051.7

DEBE A:

JOHANNA NATALIA ACOSTA OROZCO

C.C 1022963387 de Bogotá

LA SUMA DE:

TRES MILLONES SETECIENTOS OCHENTA Y SIETE MIL SETECIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS MCTE

($3.787.776)

Por concepto de: 192 horas, por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No PS 1566 – 2024 con afiliación a ARL RIESGO 3. Correspondiente desde el 01 al 31 de agosto de 2024.

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

Cordialmente,

J. Natalia Acosta O.

JOHANNA NATALIA ACOSTA OROZCO
CC: 1022963387
CUENTA BANCARIA: 0570462870057199 Ahorros Davivienda.
TELÉFONO: 3214830471
DIRECCIÓN: KR 7B 99 15 SUR
31 DE AGOSTO DE 2024

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 1022963387	0	JOHANNA NATALIA ACOSTA OROZCO	I	0	POSITIVA - 14-23	UNICA	7490	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO		EMAIL			EXENTO DE PARAFISCALES
11-1	KR 7B 99 15 SUR		3214830471		NATALIAACOSTA73@GMAIL.COM			N

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN

PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2024-07	2024-07	8631797443	I	2024-08-14	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	445.300	0	Davivienda
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	8653280195	2024-08-22	Pagada							

EMPLEADO					NOVEDADES																	DÍAS				PENSIÓN					SALUD			CCF			RIESGOS		TARIFA	PARAF	SENA	ICBF	ESAP	MIN				
NC	ID	EMPLEADO	SALARIO	MODALIDAD DE SALARIO	IND	IRET	TDE	TAE	TDP	PAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	EPST	AFPT	AFP	EPS	CCF	ARL	NOMBRE	IBC	Cot.	FNSOL	FNSUB	NOMBRE	IBC	Cot.	NOMBRE	IBC	Cot.	IBC	Cot.	ARL	IBC	Cot.	Cot.	Cot.	Cot.	Cot.	Cot.	Tipo Cot.	Sub. Tipo Cot.	Total	Exento de Parafiscales	Actividad Económica
	CC 1022963387	ACOSTA OROZCO JOHANNA NATALIA	1.438.924																		0			30	30	0	30	PROTECCION 230701	1.438.924	230.300	0	0	SANITAS-EPS005	1.438.924	179.900	SIN CCF-SINCCF		0	1.438.924	35.100	0,02436	0	0	0	0	0	59	0	445.300	N	2749002

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 1022963387	0	JOHANNA NATALIA ACOSTA OROZCO	I	0	POSITIVA - 14-23	UNICA	7490	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO		EMAIL			EXENTO DE PARAFISCALES
11-1	KR 7B 99 15 SUR		3214830471		NATALIAACOSTA73@GMAIL.COM			N

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN

PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2024-07	2024-07	8631797443	I	2024-08-14	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	445.300	0	Davivienda
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	8653280195	2024-08-22	Pagada							

TOTALES IBC

IBC PENSIÓN	IBC SALUD	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	IBC PARAF
1.438.924	1.438.924	1.438.924	0	0

SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
AFP(Administradoras: 1)				1	230.300	0	0	0	230.300
PROTECCION	230201	800229739	0	1	230.300	0	0	0	230.300
EPS(Administradoras: 1)				1	179.900	0	0	0	179.900
SANITAS	EPS005	800251440	6	1	179.900	0	0	0	179.900
ARP(Administradoras: 1)				1	35.100	0	0	0	35.100
POSITIVA	14-23	860011153	6	1	35.100	0	0	0	35.100
Gran Total					445.300	0	0	0	445.300