

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 6988 2023	C.D.P. No.:	3860	Proceso que pertenece:	CONVENIO 0002-2023		
				Servicio al que pertenece:	CONSULTA EXTERNA		
				Unidad a la que pertenece:	UMHES SANTA CLARA		
Nombre del Contratista:	ANDERSON CAMILO RODRIGUEZ LINARES			C.C.	1.033.794.661	de:	BOGOTA
Fecha Inicio:	2023-12-21	Fecha Terminación inicial:	2024-02-01	Valor Mensual:	\$ 2.460.448	Valor a cobrar:	\$ 2.460.448

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	\$ 1.786.490	123	2024-01-18	2024-02-11
2	\$ 1.588.284	878	2024-02-02	2024-03-31
3	\$ 4.920.896	1114	2024-04-01	2024-04-30
4	\$ 2.460.448	1332	2024-05-01	2024-05-31
5	\$ 3.660.672	1790	2024-06-01	2024-07-15
6	\$ 1.979.056	2345	2024-07-16	2024-07-30

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO PLANILLA
1	DICIEMBRE 2023	\$ 802.320	\$ 360.900	73429678	20/12/2023
2	ENERO 2024	\$ 2.460.448	\$ 359.400	74025088	17/01/2024
3	FEBRERO 2024	\$ 2.460.448	\$ 402.200	74735706	13/02/2024
4	MARZO 2024	\$ 2.460.448	\$ 405.200	75815487	22/03/2024
5	ABRIL 2024	\$ 2.460.448	\$ 406.500	76535913	24/04/2024
6	MAYO 2024	\$ 2.460.448	\$ 402.200	77127990	16/05/2024
7	JUNIO 2024	\$ 2.460.448	\$ 402.200	78099279	24/06/2024
8	JUNIO ADICIONALES	\$ 748.832	\$ 402.200	78099279	24/06/2024
9	JULIO 2024	\$ 2.460.448	\$ 407.500	78833018	1/08/2024

Resumen de contrato	VALOR INICIAL DEL CONTRATO \$ 2.378.433	VALOR TOTAL DEL CONTRATO \$ 18.774.288	PAGOS REALIZADOS \$ 18.774.288	SALDO DEL CONTRATO \$ 0
------------------------	---	--	-----------------------------------	----------------------------

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS TÉCNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA O ADMINISTRATIVO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E CONVENIO 0002 DE 2023

Relación de actividades para el periodo: Desde: 2024-07-01 Hasta: 2024-07-30

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)		DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN		PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Realizar el contacto telefónico con el usuario y revisión de historia clínica en el orden del recorrido propuesto por el componente geográfico, para actualizar y/o confirmar datos de ubicación y agendar la visita del grupo base o profesional de psicología.	Confirmación de datos del usuario via telefonica		Confirmación de la visita por parte del usuario
2	Hará registro del resultado de la llamada, e informará al lider operativo con el fin de programar desplazamiento a la dirección registrada para el usuario y definir el estado de la visita	Informar al lider sobre el estado de la visita con el fin de programar la siguiente visita		Entrega de reporte final de visita
3	Revisión de historia clínica en busca de las órdenes generadas y adicionalmente se haga una revisión de frecuencias de uso según esquema de atenciones y se logre el agendamiento de consultas pendientes que por curso de vida le corresponde a cada usuario	Direccionamiento a la ruta correspondiente a la necesidad el usuario		Agendamiento de citas según ordenes medicas generadas
4	Identificará los usuarios con órdenes a les especialidades de: medicina familiar, medicina interna y psiquiatria, con el fin de realizar el agendamiento de acuerdo con la modalidad de servicio habilitada en cada subred, con los profesionales especializados que se encuentran contratados en el convenio para tal fin	Verificar la disponibilidad de agendamiento de citas para cada una de las especificidades en salud		Entrega a cada uno de los profesionales los usuarios correspondientes a la visitas programadas.
5	Recordar al usuario el día, hora, tipo de cita asignada (intramural o en la vivienda por EAC).	Comunicación via telefonica con el usuario recordador todos los datos para su cita asignada		Usuario confirma la asistencia y verifica disponibilidad para la asignacion de su cita
6	Realizará un seguimiento a las citas que registren inasistencias, haciendo un nuevo contacto telefónico o realizando la verificación en historia clínica dicha atención	Realizar continuo seguimiento de la inasistencias y establecer un nuevo contacto telefonico		Control de las citas en estado de inasistencia
7	Llevará registro del 100% de usuarios con citas agendadas, que darán cuenta del tipo de agendamiento, fechas de las citas, tipo de consulta, estado de la cita, entre otros, adicionalmente permitirá realizar un proceso de recordación de citas, seguimiento a los usuarios inasistentes, y reprogramaciones.	Realizar registro y control de cada una de las citas agendadas y recordacio de citas a los usuarios via telefonica.		Control y registro de citas agendadas.
8	Realizar las demás actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor del CONVENIO 0002 DE 2023.	Cumplir con las metas establecidas por el convenio 002-2023 para dar cumplimiento al objetivo y dando respuesta a las necesidades de los usuarios.		Matrix de agendamiento con registro de usuarios con citas agendadas según tipo de agendamiento, seguimiento a cumplimiento de citas, reprogramaciones, y oportunidad en la asignación. Contenedores en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato

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.

Anderson Rodriguez
Firma del Contratista
C.C. 1.033.794.661 de BOGOTÁ D.C

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATO

NOMBRE:	Claudia Marcela Melo Pastran
CARGO:	Directora Servicios Ambulatorios
FIRMA	

Subey Vianey Anacleto
Cecilia de la Cruz

Cuenta de cobro 09 2024

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

Nit. 900.959.051-7

**DEBE A:
ANDERSON CAMILO RODRIGUEZ LINARES**

C.C. 1.033.794.661 de BOGOTA

LA SUMA DE:

**DOS MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA MIL
CUATROCIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS M/CTE
(\$ 2.460.448)**

Por concepto de:

- Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No PS 6988 de 2023 correspondiente del 1 al 30 de julio de 2024.

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO TECNICO AUXILIAR ENFERMERIA O ADMINISTRATIVO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. , CONVENIO 0002 DE 2023

Cordialmente,

Anderson Rodriguez

ANDERSON CAMILO RODRIGUEZ LINARES

C.C. 1033794661

Teléfono: 3217532634

Dirección: KR 19 61B 61 SUR

No Cuenta 0550004800420632 ahorros Davivienda

Fecha: 31/julio/2024

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD	
				EMPLEADOS	UPC
				1	0
				TOTAL A PAGAR	
2024-06	2024-06	i	01/09/2024	7983:318	\$407.500

TOTALES SALUD			
Código EPS	Nombre	NIT	Colización Obligatoria
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	192.500

TOTALES SALUD														
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad			Días Mora	Valor Mora	Valor Mora UPC	Total a Pagar	Nº Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor			Cotización			
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	162.500	0		0		0		17	2.100	0	164.500	1

TOTALES PENSION												
Código AFP	Nombre	NIT	Colización 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	80022480-8	208.000	0	0	0	0	17	2.700	0	210.700	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										
14-11	ARI SURA	860903790-5	31.700				31.700	17	500	32.200			317	32.200	1

[illegible]

TOTALES PARAFISCALES					No. Afiliados
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar		
SENA					
0	17	0	0	0	0
ICBF					
0	17	0	0	0	0
ESAP					
MEN					

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LIMA, IPR y Mora	Total a Pagar
Salud	1	162.500	164.600
Pensión	1	208.000	210.700
Riesgos Laborales	1	31.700	32.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	402.200	407.500

[illegible]