

|                                                                                        |               |                                                                                                                                                        |                 |                                                                             |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------|---------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------|--|
| Secretaría de Salud<br>Subred Integrada de Servicios de Salud<br>Centro Oriente E.S.E. |               | <b>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E</b><br>APOYO - GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO<br>FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO |                 | CÓDIGO: AP-1A-PT-014<br>VERSION: 02<br>FECHA: 2020-05-04                    |  |
| <b>1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO</b>                                                 |               |                                                                                                                                                        |                 |                                                                             |  |
| No. CONTRATO - OPS: PS-3645-2020                                                       |               | C.D.P. No.: 296                                                                                                                                        |                 | Proceso al que pertenece: PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO |  |
| Nombre del Contratista: KATHERIN ANDREA PADILLA BENAVIDES                              |               | Unidad a la que pertenece: SAN JOSE OBRERO (CONVENIO CAPS 692)                                                                                         |                 | C.C.: 1.026.581.380 de: BOGOTA                                              |  |
| Fecha Inicio: 2020-02-06                                                               |               | Fecha Terminación inicial: 2020-02-27                                                                                                                  |                 | Valor Mensual: \$ 1.455.000 Valor a cobrar: \$ 194.000                      |  |
| ADICIÓN OTRO SI                                                                        | VALOR ADICIÓN | CDP                                                                                                                                                    | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN                                                        |  |
| 1                                                                                      | \$ 1.455.000  | 561                                                                                                                                                    | 2020-02-27      | 2020-03-26                                                                  |  |
| 2                                                                                      | \$ 1.455.000  | 759                                                                                                                                                    | 2020-03-26      | 2020-04-26                                                                  |  |
| 3                                                                                      | \$ 2.910.000  | 1091                                                                                                                                                   | 2020-04-26      | 2020-06-26                                                                  |  |
| 4                                                                                      | \$ 1.455.000  | 1819                                                                                                                                                   | 2020-06-26      | 2020-07-26                                                                  |  |
| 5                                                                                      | \$ 1.455.000  | 2185                                                                                                                                                   | 2020-07-26      | 2020-08-26                                                                  |  |
| 6                                                                                      | \$ 1.455.000  | 2915                                                                                                                                                   | 2020-08-27      | 2020-09-26                                                                  |  |
| 7                                                                                      |               |                                                                                                                                                        |                 |                                                                             |  |
| 8                                                                                      |               |                                                                                                                                                        |                 |                                                                             |  |
| 9                                                                                      |               |                                                                                                                                                        |                 |                                                                             |  |

|                     |                                                   |                                                  |                                         |                                           |
|---------------------|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------------|
| Resumen de contrato | <b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b><br>\$ 1.067.000 | <b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO</b><br>\$ 11.252.000 | <b>PAGOS REALIZADOS</b><br>\$ 9.991.000 | <b>SALDO DEL CONTRATO</b><br>\$ 1.261.000 |
|---------------------|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------------|

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                           |  |                                                                                                                                                                           |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>2. INFORME DE ACTIVIDADES REALIZADAS Y AVANCE EN CUMPLIMIENTO DEL OBJETO DEL CONTRATO</b>                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                           |  |                                                                                                                                                                           |  |
| <b>OBJETO DEL CONTRATO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                           |  |                                                                                                                                                                           |  |
| Prestar sus servicios de apoyo de manera personal y autónoma, para la ejecución de actividades administrativas en el proceso de participación comunitaria y servicio al ciudadano de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. en el marco del convenio interadministrativo 692 |                                                                                                                                                                           |  |                                                                                                                                                                           |  |
| Relación de actividades para el periodo: Desde: 2020-08-27 Hasta: 2020-08-31                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                           |  |                                                                                                                                                                           |  |
| <b>OBLIGACIONES ESPECÍFICAS</b><br><small>(Las estipuladas en la cuenta)</small>                                                                                                                                                                                                                      | <b>DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO</b>                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                                           |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <b>ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERÍODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN</b>                                                                                         |  | <b>PRODUCTO O EVIDENCIA</b>                                                                                                                                               |  |
| 1. Organizar a los usuarios en salas de espera para asignación de turnos, teniendo en cuenta la normatividad y la priorización de poblaciones.                                                                                                                                                        | se entrega turnos para factura y para información a usuarios. Por orden de llegada se entregan turnos y se identifica con letras para su atención                         |  | se entregan turnos tal cual con la hora de llegada de paciente. 6 am hasta 4:30 pm, dados por el digiturno                                                                |  |
| 2. Orientar a los usuarios en el procedimiento de aseguramiento y vinculación al SGSSS                                                                                                                                                                                                                | Se orienta a los usuarios que requieran acceder a los servicios de salud teniendo en cuenta la afiliación y aseguramiento respectivo al SGSSS, según normatividad vigente |  | Se evidencia en los formatos código MI sfti-004 versión 02, entregando una productividad semanal de 8-10 hojas de 12 casillas                                             |  |
| 3. Orientar a los usuarios en procedimientos para presentar una PQRS                                                                                                                                                                                                                                  | Se realizan charlas en la sala de espera informando donde quedan los buzones de PQRS, se especifica los canales con los que contamos para realizar sus sugerencias        |  | Se evidencia en los formatos código MI sfti-004 versión 02, entregando una productividad semanal de 8-10 hojas de 12 casillas                                             |  |
| 4. Verificar a los usuarios en base de datos (Comprobador de Derechos, Fosya, DNP, ADDRESS, GEOREFERENCIADOR)                                                                                                                                                                                         | Se verifican en base de datos a los usuarios según la demanda                                                                                                             |  | Se evidencia en los formatos código MI sfti-004 versión 02, entregando una productividad semanal de 8-10 hojas de 12 casillas                                             |  |
| 5. Realizar encuestas y aplicación de formatos a los usuarios de acuerdo a las metas establecidas                                                                                                                                                                                                     | Registro en barreras de acceso al SIDMA, tanto individuales como grupales                                                                                                 |  | Se evidencia en el formato mespti-007 versión 1 2018 se entregan 10 - 15 encuestas mensuales                                                                              |  |
| 6. Realizar charlas en sala de espera diariamente de acuerdo con el cronograma establecido por la oficina de PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO, realizando el registro en los formatos                                                                                                | Se realizan charlas según cronograma suministrado por área de participación social y servicio al ciudadano                                                                |  | Se evidencia en los formatos código MI sfti-004 versión 02, entregando una productividad semanal de 8-10 hojas de 12 casillas                                             |  |
| 7. Dar a conocer la figura del defensor del ciudadano a la comunidad en general y en salas de espera mediante el registro en los formatos establecidos                                                                                                                                                | Se informa el nombre del defensor indicando su cargo y su ubicación                                                                                                       |  | Se evidencia en los formatos código MI sfti-004 versión 02, entregando una productividad semanal de 8-10 hojas de 12 casillas                                             |  |
| 8. Entregar semanalmente los soportes de la gestión realizada de acuerdo con los lineamientos establecidos por la oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano                                                                                                                        | Se entrega informe sobre las actividades desarrolladas mensualmente                                                                                                       |  | se evidencia en los formatos código MI sfti-004 versión 2, entregando una productividad semanal 8-10 hojas de 12 casillas entregando mensual de 8-10 hojas de 12 casillas |  |
| 9. Consultar el sistema de dinámica gerencial, con el fin de llevar a cabo consulta de agendamiento de citas médicas y actualización de datos cuando el usuario así lo requiera                                                                                                                       | Se crea actualiza y agenda citas médicas en Dinámica General diariamente y a demanda de los usuarios                                                                      |  | se evidencia en los formatos código MI sfti-004 versión 2, entregando una productividad semanal 8-10 hojas de 12 casillas entregando mensual de 8-10 hojas de 12 casillas |  |
| 10. Las demás funciones que sean asignadas en la realización del objeto contractual. Contiene con el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato                                                                                                                   | Se da cumplimiento a las funciones delegadas por el/la líder del centro o jefe inmediato                                                                                  |  | se evidencia en los formatos código MI sfti-004 versión 2, entregando una productividad semanal 8-10 hojas de 12 casillas entregando mensual de 8-10 hojas                |  |

Observaciones:

Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL.

En caso de tener contrato nuevo se debe anexar también la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro

**Firma del Contratista**  
 C.C. 1.026.581.380 de BOGOTA

|                                                                                    |  |
|------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS</b>                                         |  |
| <b>NOMBRE:</b> MARCELA CASTELLANOS CABRERA                                         |  |
| <b>CARGO:</b> JEFE DE OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO |  |
| <b>FIRMA:</b>                                                                      |  |



Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): KATHERINE ANDREA PADILLA BENAVIDES  
 No. Identificación: CC1026581380  
 Dirección: CL 41 SUR 12C 59  
 Telefono: 3212005900  
 Correo: katherinpadilla23@hotmail.com  
 Ciudad: BOGOTÁ, D.C.  
 Número de Planilla: 8344848477

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

|                                   |                                    |                               |                |
|-----------------------------------|------------------------------------|-------------------------------|----------------|
| Nombre Aportante                  | KATHERINE ANDREA PADILLA BENAVIDES | Número de Empleados           | 1              |
| Tipo y número de identificación * | CC1026581380                       | Periodo de Cotización Salud   | agosto de 2020 |
| Número de planilla                | 8344848477                         | Periodo de Cotización Pensión | agosto de 2020 |
| Fecha pago                        | 2020-09-17                         | Número de Administradoras     | 3              |
| Número de autorización pago       | 52005441                           | Total Pagado                  | 271700         |
| Banco                             | 1023                               | Total Intereses de Mora       | 0              |

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE                        | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|-----------------------|-------------------------------|--------------|---------------------|
| 14-7                  | Cia. de Seguros Bolívar S.A.  | 21400        | 1                   |
| 230201                | Proteccion (ING + Proteccion) | 140500       | 1                   |
| EPS005                | Sanitas EPS                   | 109800       | 1                   |

TIPO DOC.: CC  
 NO. DOCUMENTO: 1026581380  
 APELLIDOS Y NOMBRES: KATHERINE ANDREA PADILLA BENAVIDES

| Cód. EPS | Cód. AFP | IBC SALUD | IBC PENSIÓN | IBC RIESGOS | IBC CAJAS | COTIZACIÓN SALUD | VALOR UPC | COTIZACIÓN PENSIÓN | FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN RIESGOS | APORTE CAJAS |
|----------|----------|-----------|-------------|-------------|-----------|------------------|-----------|--------------------|----------------------------------|--------------------|--------------|
| EPS005   | 230201   | 877803    | 877803      | 877803      | 0         | 109800           | 0         | 140500             | 0                                | 21400              | 0            |



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 INSUMOS Y ABASTECIMIENTO  
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CÓDIGO: AP-1A-FT-014  
VERSIÓN: 02  
FECHA: 2020-05-04

### 1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: PS 3642 2020 C.D.P. No.: 295 Proceso al que pertenece: PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO  
Unidad a la que pertenece: SAN JOSE OBRERO (CONVENIO CAPS 692)

Nombre del Contratista: ANA HERLINDA RODRIGUEZ MARTINEZ C.C. 52.441.688 de: BOGOTA

Fecha Inicio: 2020-02-12 Fecha Terminación Inicial: 2020-04-03 Valor Mensual: \$ 1.455.000 Valor a cobrar: \$ 194.000

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP  | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|------------------|---------------|------|-----------------|----------------------|
| 1                | \$ 1.455.000  | 561  | 2020-03-05      | 2020-04-04           |
| 2                | \$ 1.115.500  | 759  | 2020-04-03      | 2020-04-26           |
| 3                | \$ 2.910.000  | 1091 | 2020-04-26      | 2020-06-26           |
| 4                | \$ 1.455.000  | 1819 | 2020-06-27      | 2020-07-26           |
| 5                | \$ 1.455.000  | 2185 | 2020-07-26      | 2020-08-26           |
| 6                | \$ 1.455.000  | 2185 | 2020-08-27      | 2020-09-26           |
| 7                |               |      |                 |                      |
| 8                |               |      |                 |                      |
| 9                |               |      |                 |                      |
| 10               |               |      |                 |                      |
| 11               |               |      |                 |                      |
| 12               |               |      |                 |                      |
| 13               |               |      |                 |                      |
| 14               |               |      |                 |                      |
| 15               |               |      |                 |                      |
| 16               |               |      |                 |                      |

| Nº CTA | MES DE CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR | VALOR PAGO SEGURO | NÚMERO DE PLANILLA |
|--------|------------------------|---------------|-------------------|--------------------|
| 1      | FEBRERO                | \$ 921.500    | \$ 277.000        | 8340544824         |
| 2      | MARZO                  | \$ 1.455.000  | \$ 277.000        | 8340501409         |
| 3      | ABRIL                  | \$ 1.455.000  | \$ 277.000        | 8341493385         |
| 4      | MAYO                   | \$ 1.455.000  | \$ 277.000        | 8341980485         |
| 5      | JUNIO                  | \$ 1.455.000  | \$ 162.900        | 8342655649         |
| 6      | JULIO                  | \$ 1.455.000  | \$ 277.000        | 8343616714         |
| 7      | AGOSTO 1-26            | \$ 1.261.000  | \$ 277.000        | 8344008992         |
| 8      | AGOSTO 27-31           | \$ 194.000    | \$ 277.000        | 8344008992         |
| 9      |                        |               |                   |                    |
| 10     |                        |               |                   |                    |
| 11     |                        |               |                   |                    |
| 12     |                        |               |                   |                    |
| 13     |                        |               |                   |                    |
| 14     |                        |               |                   |                    |
| 15     |                        |               |                   |                    |
| 16     |                        |               |                   |                    |

| Resumen de contrato | VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---------------------|----------------------------|--------------------------|------------------|--------------------|
|                     | \$ 1.067.000               | \$ 10.912.500            | \$ 9.651.500     | \$ 1.261.000       |

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

OBJETO DEL CONTRATO  
PRESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO DE MANERA PERSONAL Y AUTONOMA, PARA LA EJECUCION DE ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS EN EL PROCESO DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. EN EL MARCO DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO 692 DE 2019.

Relación de actividades para el periodo: Desde: 2020-08-27 Hasta: 2020-08-31

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS<br>(Las consignadas en la unidad)                                                                                                                                                                                                  | DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO<br>ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN                             | PRODUCTO O EVIDENCIA                                                                                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 Organización de usuarios en salas de espera teniendo en cuenta la normatividad vigente y la priorización de poblaciones.                                                                                                                                  | se direcciona al usuario si es general o preferencial. Mediante el digiturno                                                         | Se realiza entrega mensual de formato de sensibilizaciones MI-SP-FT-004 en físico para archivo por parte de la referente de atención al usuario. 4 SEMANALES |
| 2 Orientación a usuarios en procedimientos de aseguramiento y vinculación al SGSSS.                                                                                                                                                                         | se orienta al usuario como afiliarse a una EPS -S cuando tienen nivel 1-2- cuando no tienen encuesta se direccionan a trabajo social | se realiza registro en aplicativo SIDMA.                                                                                                                     |
| 3 Orientación a los usuarios en procedimientos de interposición de PQRS.                                                                                                                                                                                    | se orienta al usuario a interponer una queja, sugerencia o felicitación Respetuosamente. Con datos legibles                          | Se realiza entrega semanal de formato de sensibilizaciones MI-SP-FT-004 en físico para archivo por parte de la referente de atención al usuario. 4 SEMANALES |
| 4 Verificación de usuarios en bases de datos (Comprobador de Derechos, Cápita del Hospital en el sistema destinado para el registro de usuarios Fosya, DNP).                                                                                                | se orienta al usuario como afiliarse a una EPS -S cuando tienen nivel 1-2- cuando no tienen encuesta se direccionan a trabajo social | Asignación de citas por Dinámica Gerencial.                                                                                                                  |
| 5 Realización de encuestas y aplicación de formatos a los usuarios externos de acuerdo con las metas establecidas por la referente de atención al usuario.                                                                                                  | se realiza encuesta de satisfacción a usuarios en consulta externa                                                                   | Se realiza entrega mensual de formato de encuesta de satisfacción en físico para archivo por parte de la referente de atención al usuario. 4 SEMANALES       |
| 6 Realizar charlas en salas de espera diariamente de acuerdo al cronograma establecido por la Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano, realizando el registro en los formatos establecidos.                                            | realizar charlas de derechos y deberes. Tema del día En consulta externa                                                             | Se realiza entrega semanal de formato de sensibilizaciones MI-SP-FT-004 en físico para archivo por parte de la referente de atención al usuario.             |
| 7 Realizar el ingreso en el aplicativo SIDMA de orientaciones grupales y de barreras de acceso identificadas durante la gestión diaria, con el fin de evaluar las dificultades de accesibilidad que pueden presentar los usuarios en los servicios de salud | se registra en SIDMA, orientaciones, grupales o individuales y barreras de acceso.                                                   | Se realiza entrega semanal de formato de sensibilizaciones MI-SP-FT-004 en físico para archivo por parte de la referente de atención al usuario.             |
| 8 Dar a conocer la figura del defensor del ciudadano a la comunidad en general y en las salas de espera mediante el registro en los formatos establecidos                                                                                                   | realizar charlas en sala de espera para dar a conocer la figura del defensor del usuario                                             | se realiza registro en aplicativo SIDMA.                                                                                                                     |
| 9 Participar en las acciones que promuevan la defensa de lo público para promover la participación de los usuarios en los temas propios del sector salud.                                                                                                   | se realiza esta actividad cuando somos convocados                                                                                    | Se realiza entrega mensual de formato de sensibilizaciones MI-SP-FT-004 en físico para archivo por parte de la referente de atención al usuario.             |
| 10 Entregar semanalmente los soportes de la gestión realizada de acuerdo a los lineamientos establecidos por la referente de atención al usuario.                                                                                                           | entregar reporte de usuarios atendidos en digiturno - encuestas de satisfacción y charlas del tema del día                           | acta y listado de ser requerido para la actividad TOTAL ENCUESTAS 64 DE SAN JORGE 40 DE BRAVO PAEZ.                                                          |

Observaciones:

Ana H. Rodriguez Martinez  
C.C. 52441688 (3to)  
Firma del Contratista

C.C. 52.441.688 de BOGOTA

Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL.  
En caso de tener contrato nuevo se debe anexar también la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro

### VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS

| NOMBRE: | MARCELA CASTELLANOS CAJERERA                                         |
|---------|----------------------------------------------------------------------|
| CARGO:  | JEFE DE OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO |
| FIRMA   |                                                                      |



# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

| DATOS DEL APORTANTE                 |                   |                                 |        |                 |                    |                           |
|-------------------------------------|-------------------|---------------------------------|--------|-----------------|--------------------|---------------------------|
| TIPO                                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE                |        | DIRECCIÓN       | TÉLEFONO           | CORREO                    |
| CC                                  | 52411688          | ANA HERLINDA RODRIGUEZ MARTINEZ |        | calle 23 # 4 03 | 3004465773         | rodriguezana772@gmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN                  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCESAL                  | CÓDIGO | DEPARTAMENTO    | CIUDAD / MUNICIPIO |                           |
| Única                               | I – Independiente |                                 |        | BOGOTÁ D. C.    | BOGOTÁ D. C.       |                           |
| EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |                   |                                 |        |                 |                    |                           |
| M0                                  |                   |                                 |        |                 |                    |                           |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |                         |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|-------------------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD EMPLEADOS      |
|                      |                                   |               |                          |                 | UPC 0                   |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | 1 0                     |
| 2020-08              | 2020-08                           | I             |                          | 44524254        | TOTAL A PAGAR \$277.000 |

**TOTALES POR SUBSISTEMAS**

| TOTALES SALUD |                |             |                        |
|---------------|----------------|-------------|------------------------|
| Código EPS    | Nombre         | NIT         | Cotización Obligatoria |
| EPS017        | Farmisamar EPS | 830003564-7 | 109,800                |

| 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 |           |                       |                |               |               |
| EPS017     | Fanisanar EPS | 830003564-7 | 109,600                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 0         | 0                     | 0              | 109,600       | 1             |

**TOTALES PENSIÓN**

| TOTALES PENSIÓN |                               |             |          |
|-----------------|-------------------------------|-------------|----------|
| Código AFP      | Nombre                        | NIT         | Co<br>Ob |
| 230201          | Proteccion (ING + Proteccion) | 800729739-0 | 1        |

[illegible]**TOTALES RIESGOS LABORALES**

| TOTALES RIESGOS LABORALES |                      |             |                        |
|---------------------------|----------------------|-------------|------------------------|
| Código ARL                | Nombre               | MIT         | Colización Obligatoria |
| 14-7                      | Sigruet Bolívar S.A. | 8600-2502-2 | 21.400                 |

| Código ARL | Nombre               | NIT        | Cotización<br>Obligatoria | Incapacidades    |       | Aportes Otros<br>Sistemas | Valor Neto<br>Cotización | Días<br>Mora | Valor Mora<br>Cotización | Subtotal<br>Cotización | No. Radicado<br>Saldo a Favor | Valor Saldo a<br>Favor | Fondo<br>Solidaridad | Total a Pagar | No. Aliados |
|------------|----------------------|------------|---------------------------|------------------|-------|---------------------------|--------------------------|--------------|--------------------------|------------------------|-------------------------------|------------------------|----------------------|---------------|-------------|
|            |                      |            |                           | No. Autorización | Valor |                           |                          |              |                          |                        |                               |                        |                      |               |             |
| 14-7       | Seguros Bolívar S.A. | 86002562-2 | 21.400                    |                  |       |                           | 21.400                   | 0            | 0                        | 21.400                 |                               |                        | 214                  | 21.400        | 1           |

**TOTALES CAJAS**

| TOTALES CAJAS |             |             |              |           |                   |               |               |
|---------------|-------------|-------------|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Código CCF    | Nombre      | NIT         | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| CCF22         | Colsubsidio | 860007336-1 | 5,300        | 0         | 0                 | 5,300         | 1             |

**TOTALES PARAFISCALES**

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

**TOTALES POR SUBSISTEMA**

| TOTALES POR SUBSISTEMA |                                |                                     |                |
|------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|----------------|
| Tipo Administradora    | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IPR y Mora | Total a Pagar  |
| Salud                  | 1                              | 109,800                             | 109,800        |
| Pensión                | 1                              | 140,500                             | 140,500        |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 21,400                              | 21,400         |
| CGF                    | 1                              | 5,300                               | 5,300          |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0              |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0              |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0              |
| SEVA                   | 0                              | 0                                   | 0              |
| <b>TOTALES</b>         | <b>4</b>                       | <b>277,000</b>                      | <b>277,000</b> |

2

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 INSUMOS Y ABASTECIMIENTO**  
**FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO**

CÓDIGO: AP-1A-FT-014  
VERSIÓN: 02  
FECHA: 2020-05-04

**1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO**

No. CONTRATO - OPS: 4720-2020 C.D.P. No.: 1272 Proceso al que pertenece: Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano  
Unidad a la que pertenece: Centro Hospitalario Transitorio Cofeñas - Convenio N° CO1. 1487512 DE 2020

Nombre del Contratista: JAZMIN BURGOS SERRATO C.C. 1.014.206.087 de Bogotá

Fecha Inicio: 2020-08-19 Fecha Terminación Inicial: 2020-08-31 Valor Mensual: \$ 1.620.000 Valor a cobrar: \$ 702.000

| ADICIÓN/OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP  | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|-----------------|---------------|------|-----------------|----------------------|
| 1               | \$ 743.000    | 2591 | 2020-08-19      | 2020-08-19           |
| 2               |               |      |                 |                      |
| 3               |               |      |                 |                      |
| 4               |               |      |                 |                      |
| 5               |               |      |                 |                      |
| 6               |               |      |                 |                      |
| 7               |               |      |                 |                      |
| 8               |               |      |                 |                      |
| 9               |               |      |                 |                      |
| 10              |               |      |                 |                      |
| 11              |               |      |                 |                      |

| N° CTA | MES DE CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR | VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL | NÚMERO DE PLANILLA |
|--------|------------------------|---------------|-----------------------------|--------------------|
| 1      | Julio 2020             | \$ 1.349.100  | \$ 0                        | 0                  |
| 2      | agosto 19-31           | \$ 702.000    | \$ 271.500                  | 8343664755         |
| 3      |                        |               |                             |                    |
| 4      |                        |               |                             |                    |
| 5      |                        |               |                             |                    |
| 6      |                        |               |                             |                    |
| 7      |                        |               |                             |                    |
| 8      |                        |               |                             |                    |
| 9      |                        |               |                             |                    |
| 10     |                        |               |                             |                    |
| 11     |                        |               |                             |                    |

Resumen de contrato:

|                            |                          |                  |                    |
|----------------------------|--------------------------|------------------|--------------------|
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
| \$ 2.998.000               | \$ 3.741.000             | \$ 2.051.100     | \$ 1.689.900       |

790.500

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

**OBJETO DEL CONTRATO**

PRESTAR SUS SERVICIOS DE ACUERDO A SU PERFIL ACADÉMICO, DESARROLLANDO ACTIVIDADES DE SEGUIMIENTO EN PANTALLAS, EN LAS INSTALACIONES DEL HOSPITAL TRANSITORIO COFERNAS, CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD E.S.E EN CUMPLIMIENTO CON EL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO No. CO1 POCNTR. 1487512 DE 2020 ESTABLECIDO PARA ATENCIÓN Y MITIGACIÓN A LOS EFECTOS DE LA PANDEMIA COVID-19

Relación de actividades para el periodo: Desde: 2020-08-19 Hasta: 2020-08-31

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS<br>(Las especificar en la medida)                                                                                                                                                                                                                                         | DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO                                                                                                          |                                                                                                                   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERÍODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN                                                          | PRODUCTO O EVIDENCIA                                                                                              |
| 1. Manejo y cuidado permanente de las pantallas digitales ubicadas al ingreso del hospital transitorio cofeñas.                                                                                                                                                                                    | Durante este mes se realizó cuidado de las pantallas, acompañamiento en las llamadas virtuales de los familiares en los kioscos     | Planilla de llamadas virtuales                                                                                    |
| 2. Realizar proceso de sensibilización, registro y aplicación de encuestas a los usuarios de acuerdo a las indicaciones y compromisos establecidos con la coordinación.                                                                                                                            | Se aplicaron encuestas de Satisfacción a los pacientes del centro hospitalario cofeñas                                              | se evidencia en el formato de encuestas de satisfacción realizada a cada paciente de la unidad                    |
| 3. Organizar, orientar y registrar en los aplicativos requeridos por la dependencia, información suministrada y recolectada de acuerdo a la atención brindada a los usuarios frente a la prestación de servicios de salud, teniendo en cuenta los criterios de oportunidad, calidad y congruencia. | Se lleva el debido registro del proceso de cada paciente en una base de datos teniendo en cuenta las políticas de privacidad        | como evidencia esta el formato de control de proceso de excel, donde se evidencia el seguimiento de cada paciente |
| 4. Asistir a reuniones programadas a las que sean citadas.                                                                                                                                                                                                                                         | Se asistió a las reuniones de charlas programadas por el encargado del área                                                         | como se encuentra firmado en los formatos los cuales sustentan la asistencia                                      |
| 5. Reportar novedades a la coordinación sobre situaciones que se presenten y de igual modo informar con antelación no inferior a 15 días la solicitud de terminación o suspensión del contrato.                                                                                                    | Se ha reportado cada novedad a las personas encargadas de mi turno                                                                  | los reportes se pueden ver evidenciados en el formato de excel manejado por las personas del equipo psicosocial   |
| 6. Desarrollar las actividades para el fortalecimiento de la organización y operación en el marco del convenio interadministrativo entre el FPD y la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.                                                                                  | Se llevaron a cabo los respectivos protocolos y procesos para el correcto funcionamiento y fortalecimiento de cada función asignada | las mejoras en el desarrollo de actividades se pueden evidenciar en el formato de encuestas de satisfacción       |

Observaciones:

Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL.  
En caso de tener contrato nuevo se debe anexar también la certificación bancaria con la primera cuota de cobro

Jazmin Burgos  
Firma del Contratista

C.C. 1.014.206.087 de Bogotá

**VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS**

|         |                                                                      |
|---------|----------------------------------------------------------------------|
| NOMBRE: | Marcela Castellanos Cabrera                                          |
| CARGO:  | Jefe de Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano |
| FIRMA:  |                                                                      |

PM

|                    |  | DATOS DEL APORTANTE |                                 |                 |              |                          |                    |                                     |
|--------------------|--|---------------------|---------------------------------|-----------------|--------------|--------------------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO               |  | NÚMERO              | NOMBRE APORTANTE                | DIRECCIÓN       | TÉLEFONO     | CORREO                   |                    |                                     |
| CC                 |  | 52441688            | ANA HERLINDA RODRIGUEZ MARTINEZ | calle 22 # 4 03 | 3004465773   | rodriguezana77@gmail.com |                    | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| FORMA PRESENTACIÓN |  | CLASE APORTANTE     | NOMBRE SUCURSAL                 | CÓDIGO          | DEPARTAMENTO |                          | CUIDAD / 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) | CANTIDAD      |     |
|                      |                                   |               |                          | EMPLEADOS     | UPC |
|                      |                                   |               |                          | 1             | 0   |
| PERIODO SALDO        | 2020-08                           |               |                          | TOTAL A PAGAR |     |
|                      |                                   | 1             |                          | \$277.000     |     |

**ETALLE POR COTIZANTE**

[illegible]

**No. CONTRATO - OPS:**

|             |      |
|-------------|------|
| PS CO       | 5225 |
| C.D.P. No.: |      |

2465

**THE UNIVERSITY OF CHICAGO**

Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano

|      |               |     |            |
|------|---------------|-----|------------|
| C.C. | 1.015.408.698 | de: | Bogotá D.C |
|------|---------------|-----|------------|

|                |              |                 |
|----------------|--------------|-----------------|
| Valor Mensual: | \$ 1.620.000 | Valor a cobrar: |
|----------------|--------------|-----------------|

\$ 702,000

Fecha Inicio:

2020-08-19

Fecha Terminación inicial:

2020-08-31

\$ 1,620,000

Valor a cobrar:

\$ 702,000

|    |        |
|----|--------|
| 1  | \$ 743 |
| 10 | 10     |

|         |    |
|---------|----|
| 743,000 | 75 |
| 743,000 | 75 |

2020-08-19

NOIUVNIN

1

|        |     |
|--------|-----|
| COB    | CIA |
| AGOSTO | 1   |

|    |      |
|----|------|
| 18 | PAGE |
|----|------|

**TVIOS**

**CONCLUSIONS**

Resumen de  
contrato

**EL CONTRATO**

DEL CONTRATO

REALIZADOS

**SALDO DEL CONTRATO**

24/2/21



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 INSUMOS Y ABASTECIMIENTO  
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CÓDIGO: AP-IA-FT-014  
VERSIÓN: 02

---

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

|                         |                                 |                            |            |                            |                                                   |                 |
|-------------------------|---------------------------------|----------------------------|------------|----------------------------|---------------------------------------------------|-----------------|
| No. CONTRATO - OPS:     | PS 3641<br>2020                 | C.D.P. No.:                | 295        | Proceso al que pertenece:  | PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO |                 |
|                         |                                 |                            |            | Unidad a la que pertenece: | SAN JOSE OBRERO ( CONVENIO CAPS 692 )             |                 |
| Nombre del Contratista: | JOHANNA ALEXANDRA LESMES SIERRA |                            |            | C.C.                       | 1.024.461.144                                     | de: BOGOTA      |
| Fecha Inicio:           | 2020-02-06                      | Fecha Terminación inicial: | 2020-02-26 | Valor Mensual:             | \$ 3.187.008                                      | Valor a cobrar: |
|                         |                                 |                            |            |                            |                                                   | \$ 418.496      |

| ADICIÓN/<br>OTRO SI | VALOR<br>ADICIÓN | CDP  | FECHA DE<br>INICIO | FECHA DE<br>TERMINACIÓN |
|---------------------|------------------|------|--------------------|-------------------------|
| 1                   | \$ 3.187.008     | 561  | 2020-02-06         | 2020-03-26              |
| 2                   | \$ 3.187.008     | 759  | 2020-03-26         | 2020-04-26              |
| 3                   | \$ 6.374.016     | 1091 | 2020-04-27         | 2020-06-26              |
| 4                   | \$ 3.187.008     | 1819 | 2020-06-27         | 2020-07-26              |
| 5                   | \$ 3.187.008     | 2185 | 2020-07-26         | 2020-08-26              |
| 6                   | \$ 2.620.429     | 2915 | 2020-08-27         | 2020-09-26              |

| N°<br>CTA | MES DE CUENTA<br>DE COBRO | VALOR A<br>PAGAR | VALOR PAGO<br>SEGURIDAD<br>SOCIAL | NÚMERO DE PLANILLA |
|-----------|---------------------------|------------------|-----------------------------------|--------------------|
| 1         | FEBRERO                   | \$ 2.768.512     | \$406.300                         |                    |
| 2         | MARZO                     | \$ 2.993.856     | \$ 406.300                        | 1027150585         |
| 3         | ABRIL                     | \$ 2.993.856     | \$ 406.300                        | 1028165007         |
| 4         | MAYO                      | \$ 3.187.008     | \$ 406.300                        | 1028965606         |
| 5         | JUNIO                     | \$ 3.187.008     | \$ 406.300                        | 1029771125         |
| 6         | JULIO                     | \$ 2.993.856     | \$ 406.300                        | 1030488561         |
| 7         | AGOSTO 1-26               | \$ 2.768.512     | \$ 406.300                        | 1031167001         |
| 8         | AGOSTO 27-31              | \$ 418.496       | \$ 406.300                        | 1031167001         |
| 9         |                           |                  |                                   |                    |

|                          |
|--------------------------|
| Resumen de contrato      |
| <b>VALOR INICIAL DEL</b> |
| \$ 2.337.139             |

|                                 |
|---------------------------------|
| <b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO</b> |
| \$ 24.079.616                   |

|                         |
|-------------------------|
| <b>PAGOS REALIZADOS</b> |
| \$ 21.311.104           |

|                           |
|---------------------------|
| <b>SALDO DEL CONTRATO</b> |
| \$ 2.768.512              |

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

OBJETO DEL CONTRATO

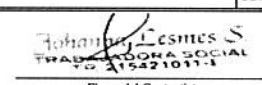
PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES, DE MANERA PERSONAL Y AUTONOMA EN SU CONDICION DE TRABAJADOR SOCIAL, PARA LA EJECUCION DE ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS DE APOYO AL AREA ASISTENCIAL Y DEMAS ASIGNADAS EN EL MARCO DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO 692 2019, EN EL MARCO DE ATENCION INTEGRAL EN SALUD, DESDE LAS UNIDADES DE SERVICIOS EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Relación de actividades para el periodo: Desde: 2020-08-27 Hasta: 2020-08-31

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS<br><small>(Las contempladas en la minuta)</small>                                                                                                                                                                                                                                              | DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO<br><small>ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN</small>                                                                                                                       | PRODUCTO O EVIDENCIA                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Realizar la orientación, direccionamiento y/o aclaraciones acerca de trámites administrativos necesarios para recibir atención en Salud                                                                                                                                                                              | Se realizó asesorías en aseguramiento a usuarios. Se gestionó la atención de pacientes en sodes de mediana y alta complejidad.                                                                                                                | Producto que se le entrega a la referente encargada quien unifica la información y la sube a el DRIVE                 |
| 2. Realizar el ingreso y actualización permanente en base de datos interna de pacientes en abandono social, población extranjera, habitante de calle e instrumentos provisionales que se lleven a cabo, mediante la gestión realizada desde el área de Trabajo Social.                                                  | Se realiza actualización de la base de datos (drive) y nota en historial clínica con las gestiones realizadas                                                                                                                                 | Drive, comprobador de derechos de SDS, historia clínica                                                               |
| 3. Realizar seguimiento a censo hospitalario diario destinado a identificar y disminuir barreras de acceso, dificultades de aseguramiento y situaciones de vulnerabilidad social; registrar en el formato establecido para dicha actividad y reportar a la Oficina de Participación comunitaria y Servicio al Ciudadano | Se realiza censo hospitalario en la unidad correspondiente según la programación de turnos                                                                                                                                                    | Historia clínica, Estudio social de caso                                                                              |
| 4. Realizar la solicitud de oxígeno domiciliario para usuarios y pacientes que así lo requieran mediante diagnóstico y autorización médica, de igual modo realizar proceso de seguimiento, evolución y ubicación de pacientes en abandono social en las USS de la Subred Centro Oriente E.S.E.                          | Se realiza tramites de oxígeno domiciliario a pacientes en abandono social que no cuenten con red de apoyo familiar o comunitaria                                                                                                             | Correo electronico a las EPS, Historia clínica                                                                        |
| 5. Realizar los trámites respectivos para habitante de calle sin certificar, pacientes indocumentados, pacientes extranjeros según cada caso, de igual modo la gestión de identificación de los pacientes fallecidos en las diferentes USS de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.           | Se realizan los reportes respectivos de los pacientes identificados como habitantes de calle al correo designado para programar visita de certificación.                                                                                      | Correo electronico fiscalia, migracion colombia, secretaria de integracion social, Historia clínica                   |
| 6. Realizar el ingreso en el aplicativo SIDMA de orientaciones grupales y de barreras de acceso identificadas durante la gestión diaria, con el fin de evaluar las dificultades de accesibilidad que pueden presentar los usuarios en los servicios de salud.                                                           | Semanalmente se realizó seguimiento a los productos y actividades realizadas por las personas de la oficina de atención al usuario                                                                                                            | Plataforma SIDMA                                                                                                      |
| 7. Hacer seguimiento a Gestantes con dificultades administrativas por afiliación en otros municipios, realizando la orientación respectiva.                                                                                                                                                                             | Las atenciones realizadas a la población gestante fueron amables y resolutiva                                                                                                                                                                 | Estudio social de caso, ficha Sivim                                                                                   |
| 8. Asistir técnicamente, asesorar y capacitar a los usuarios en las acciones colectivas e individuales para la exigibilidad del derecho a la salud y aplicar las encuestas de satisfacción asignadas al proceso.                                                                                                        | Se realiza de manera mensual la aplicación, seguimiento y verificación del muestreo de encuestas de satisfacción correspondiente al CAPS CHIRCALES                                                                                            | Encuestas de satisfacción , plataforma SIDMA,                                                                         |
| 9. Gestionar la ubicación de pacientes en abandono social, realizando contacto con Secretaría de Integración Social y/o pacientes que reciben este tipo de población.                                                                                                                                                   | Se realiza reporte a Secretaria de Integración Social de los pacientes en abandono para visita de validación de criterios de ingreso a hogares, así mismo se gestiona con entidades sin ánimo de lucro posibilidad de ubicación de pacientes. | Correo electronico , Historia clínica, Orfeo                                                                          |
| 10. Prestar el servicio de conformidad con la programación acordada con el supervisor del contrato, para el desarrollo de sus actividades contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato                                                                               | Se cumple a cabalidad con las actividades establecidas en el contrato y las demás designadas según la necesidad del servicio                                                                                                                  | Producto que se le entrega a la referente encargada quien unifica la información y la sube a el DRIVE CORRESPONDIENTE |

Observaciones:

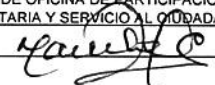
Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL.  
En caso de tener contrato nuevo se debe anexar también la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro



Firma del Contratista

C.C. 1.024.461.144 de BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS

|         |                                                                                     |
|---------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| NOMBRE: | MARCELA CASTELLANOS CABRERA                                                         |
| CARGO:  | JEFE DE OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO                |
| FIRMA:  |  |



Simple.

## PAGOSIMPLE

AUTOLIQUDACION  
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2020-09-10, 01:22:51 PM Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES  
 Período Cotización: agosto de 2020 Período Servicio: agosto de 2020 Referencia pago (PIN): 1031868101 8817196210

PAGADO 10/09/2020

## I. DATOS DEL APORTANTE

|                     |                                 |                    |                                  |
|---------------------|---------------------------------|--------------------|----------------------------------|
| Razón Social        | JOHANNA ALEXANDRA LESMES SIERRA | Dirección          | GRA 56C SUR 52 32 SUR NUEVO MUZU |
| Documento           | CC1024461144                    | Teléfono           | 7107859                          |
| Tipo de Empresa     | INDEPENDIENTE                   | Forma Presentación | UNICO                            |
| Tipo Persona        | NATURAL                         | Departamento       | BOGOTA D.C.                      |
| Ciudad              | BOGOTA D.C.                     | Identificación     |                                  |
| Representante Legal |                                 | ARP                | SEGUROS BOLIVAR                  |
| Total Afiliados     | 1                               |                    |                                  |

## II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado |                                    | Novedades |       |        |    |     |    |    |    |    |    | Pensiones |    |    | Salud |    | Riesgos |    |    | Cajas |    |    | Parafiscales |    | Total |
|--------------------|------------------------------------|-----------|-------|--------|----|-----|----|----|----|----|----|-----------|----|----|-------|----|---------|----|----|-------|----|----|--------------|----|-------|
| Identificación     | Apeyentes y Nombres                | Subtipo   | Tipos | COBROS | NO | RET | TR | TR | TR | TR | TR | TR        | TR | TR | TR    | TR | TR      | TR | TR | TR    | TR | TR | TR           | TR | TR    |
| CC 1024461144      | JOHANNA ALEXANDRA<br>LESMES SIERRA | 57        | 80    |        |    |     |    |    |    |    |    |           |    |    |       |    |         |    |    |       |    |    |              |    |       |

## III. TOTALES

|             |              |           |              |             |              |          |              |                 |            |               |            |                 |           |              |      |              |      |              |      |              |      |                       |      |                                          |      |                  |      |                                 |              |             |              |
|-------------|--------------|-----------|--------------|-------------|--------------|----------|--------------|-----------------|------------|---------------|------------|-----------------|-----------|--------------|------|--------------|------|--------------|------|--------------|------|-----------------------|------|------------------------------------------|------|------------------|------|---------------------------------|--------------|-------------|--------------|
| IBC Pensión | \$ 1.313.057 | IBC Salud | \$ 1.313.057 | IBC Riesgos | \$ 1.313.057 | IBC Caja | \$ 1.313.057 | Aportes Pensión | \$ 210.100 | Aportes Salud | \$ 164.200 | Aportes Riesgos | \$ 32.000 | Aportes Caja | \$ 0 | Aportes Bona | \$ 0 | Aportes ICBF | \$ 0 | Aportes ESAP | \$ 0 | Aportes Min Educación | \$ 0 | Incapiencias Licencias Salvo a Favor EPS | \$ 0 | Incapiencias ARP | \$ 0 | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORSA | \$ 4.066.300 | TOTAL FINAL | \$ 4.066.300 |
|-------------|--------------|-----------|--------------|-------------|--------------|----------|--------------|-----------------|------------|---------------|------------|-----------------|-----------|--------------|------|--------------|------|--------------|------|--------------|------|-----------------------|------|------------------------------------------|------|------------------|------|---------------------------------|--------------|-------------|--------------|

*[Firma manuscrita]*  
 agosto/2020

**1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO**

No. CONTRATO - OPS: 4718 2020  
 C.B.P. No.: 1772  
 Proceso al que pertenece: Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano  
 Unidad a la que pertenece: Centro Hospitalario Transitorio Corfeñas - Convenio N° COL 1487512 DE 2020  
 Nombre del Contratista: KAREN VIVIANA RUIZ MORA  
 Fecha Inicio: 2020-07-01  
 Fecha Terminación Inicial: 2020-08-31  
 Valor Mensual: \$ 1.499.000  
 Valor a Cobrar: \$ 899.400  
 C.C.: 1.014.308.729 de Bogotá D.C.

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR | ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|------------------|-------|---------|-----|-----------------|----------------------|
| 1                |       |         |     |                 |                      |
| 2                |       |         |     |                 |                      |
| 3                |       |         |     |                 |                      |
| 4                |       |         |     |                 |                      |
| 5                |       |         |     |                 |                      |
| 6                |       |         |     |                 |                      |
| 7                |       |         |     |                 |                      |
| 8                |       |         |     |                 |                      |
| 9                |       |         |     |                 |                      |
| 10               |       |         |     |                 |                      |
| 11               |       |         |     |                 |                      |

| Nº | FECHA DE CUBRIMIENTO | VALOR A PAGAR | VALOR A SEGURIDAD SOCIAL | NÚMERO DE PLANILLA    |
|----|----------------------|---------------|--------------------------|-----------------------|
| 1  | Julio de 2020        | \$ 1.449.033  | \$ 0                     | 0                     |
| 2  | Agosto de 1 al 18    | \$ 899.400    | \$ 272.300               | 8344198373/8344941307 |
| 3  |                      |               |                          |                       |
| 4  |                      |               |                          |                       |
| 5  |                      |               |                          |                       |
| 6  |                      |               |                          |                       |
| 7  |                      |               |                          |                       |
| 8  |                      |               |                          |                       |
| 9  |                      |               |                          |                       |
| 10 |                      |               |                          |                       |
| 11 |                      |               |                          |                       |

| Resumen de Contrato | VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---------------------|----------------------------|--------------------------|------------------|--------------------|
|                     | \$ 2.998.000               | \$ 2.998.000             | \$ 2.348.433     | \$ 649.567         |

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

PRESTAR SUS SERVICIOS DE ASESORIA A SU PERFIL ACADÉMICO, DESARROLLANDO ACTIVIDADES DE ORIENTACIÓN EN PANTALLAS, EN LAS INSTALACIONES DEL HOSPITAL TRANSITORIO CORFEÑAS, CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD E.S.E. EN CUMPLIMIENTO CON EL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO N° COL 1487512 DE 2020 ESTABLECIDO PARA ATENCIÓN Y MITIGACIÓN A LOS EFECTOS DE LA PANDEMIA COVID-19

| RELACIÓN DE ACTIVIDADES PARA EL PERÍODO: | Desde:     | Hasta:     | DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO                                                                                                                                                                                                   | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERÍODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN                                                                                                                                                   | PRODUCTO O EVIDENCIA                                                                                                                                                                         |
|------------------------------------------|------------|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1                                        | 2020-08-01 | 2020-08-18 | Manejo y cuidado permanente de las pantallas digitales ubicadas al ingreso del Hospital transitorio de Corfeñas                                                                                                              | Durante el mes se realizó acompañamiento a los familiares en los kioscos para video llamada proporcionando la información oportuna                                                                                           | Planilla de seguimiento de llamadas                                                                                                                                                          |
| 2                                        |            |            | Realizar procesos de sensibilización, registro y aplicación de encuestas a los usuarios de acuerdo a las indicaciones y compromisos establecidos con la coordinación.                                                        | Se realizó proceso de sensibilización al momento de explicar los derechos y deberes de cada paciente y se aplicaron las encuestas de satisfacción correspondientes al momento del egreso.                                    | La evidencia se encuentra en el formato de encuestas de satisfacción realizadas a cada uno de los pacientes que fueron egresados                                                             |
| 3                                        |            |            | Asistir a las reuniones programadas a las que sean citados.                                                                                                                                                                  | Se asistió a las reuniones y charlas programadas por el encargado(a) de cada área.                                                                                                                                           | Como evidencia se encuentra mi firma en cada uno de los formatos, los cuales sustentan mi asistencia a cada reunión, en la que fui citada.                                                   |
| 4                                        |            |            | Organizar, orientar y registrar en los aplicativos requeridos por la información brindada a los usuarios frente a la prestación de servicios de salud teniendo en cuenta los criterios de oportunidad, calidad y congruencia | Se lleva el debido registro del proceso de cada paciente en una base de datos teniendo en cuenta las políticas de privacidad, y las necesidades de cada uno, además de llevar el censo en el aplicativo Dinámica             | Como evidencia está el formato de control de procesos en Excel, donde se evidencia el seguimiento de cada paciente de la unidad.                                                             |
| 5                                        |            |            | Reportar novedades a la coordinación sobre situaciones que se presenten y de igual modo informar con anticipación no inferior a 15 días de solicitud de terminación o suspensión del contrato                                | Se ha reportado cada novedad a las personas a cargo en mi turno, además de dejar anotadas las mismas en un formato para que de esta manera las personas encargadas del turno siguiente también estén al tanto                | Los reportes se pueden ver evidenciados en el formato de control de procesos de Excel manejado por orientación y personas del equipo de trabajo social y psicología.                         |
| 6                                        |            |            | Desarrollar las actividades para el fortalecimiento de la organización y operación en el marco del convenio interadministrativo entre el FPD y la Subred Integrada de Salud Centro Oriente E.S.E.                            | Se llevaron a cabo los respectivos protocolos y procesos para el correcto funcionamiento y fortalecimiento de cada una de las funciones asignadas, dando como resultado un mejor desempeño al momento de realizar las mismas | Las mejoras en el desarrollo de actividades se pueden evidenciar en el formato de encuestas de satisfacción de los pacientes y en el correcto seguimiento de los protocolos dados al inicio. |

Observaciones:  
 En caso de tener contrato nuevo se debe anexar también la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro  
 C.C.: 1.014.308.729 de Bogotá D.C.  
 Firma del Contratista: Karen Ruiz

**VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS**  
 NOMBRE: Marcela Castellanos Cabrera  
 CARGO: Jefe de Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano  
 FIRMA:

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: PS-3647-2020 C.D.P. No.: 295 Proceso al que pertenece: PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO  
Nombre del Contratista: CAMILO ANDRES DELGADO BOADA Unidad a la que pertenece: SAN JOSE OBRERO (CONVENIO CAPS 692)  
Fecha Inicio: 06/02/2020 Fecha Terminación inicial: 24/02/2020 C.C.: 1.016.074.826 de: BOGOTÁ D.C.  
Valor Mensual: \$ 1.455.000 Valor a cobrar: \$ 194.000

| ADICIÓN/OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP  | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|-----------------|---------------|------|-----------------|----------------------|
| 1               | \$ 1.455.000  | 561  | 25/03/2020      | 26/03/2020           |
| 2               | \$ 1.455.000  | 759  | 25/04/2020      | 26/04/2020           |
| 3               | \$ 2.910.000  | 1091 | 25/05/2020      | 26/06/2020           |
| 4               | \$ 1.455.000  | 1819 | 25/06/2020      | 26/07/2020           |
| 5               | \$ 1.455.000  | 2185 | 25/07/2020      | 26/08/2020           |
| 6               | \$ 1.455.000  | 2915 | 27/08/2020      | 26/09/2020           |
| 7               |               |      |                 |                      |
| 8               |               |      |                 |                      |
| 9               |               |      |                 |                      |
| 10              |               |      |                 |                      |
| 11              |               |      |                 |                      |
| 12              |               |      |                 |                      |
| 13              |               |      |                 |                      |
| 14              |               |      |                 |                      |
| 15              |               |      |                 |                      |
| 16              |               |      |                 |                      |

| Nº CTA | MES DE CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR | VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL | NÚMERO DE PLANILLA |
|--------|------------------------|---------------|-----------------------------|--------------------|
| 1      | FEBRERO                | \$ 1.261.000  | \$ 0                        | 0                  |
| 2      | MARZO                  | \$ 1.455.000  | \$ 226.500                  | 1028265616         |
| 3      | ABRIL                  | \$ 1.455.000  | \$ 271.700                  | 1028326493         |
| 4      | MAYO                   | \$ 1.455.000  | \$ 271.700                  | 1028927509         |
| 5      | JUNIO                  | \$ 1.455.000  | \$ 157.600                  | 1030736563         |
| 6      | JULIO                  | \$ 1.455.000  | \$ 271.700                  | 1030736702         |
| 7      | AGOSTO 1 - 26          | \$ 1.261.000  | \$ 271.700                  | 1031399105         |
| 8      | AGOSTO 27 AL 31        | \$ 194.000    | \$ 271.700                  | 1031399105         |
| 9      |                        |               |                             |                    |
| 10     |                        |               |                             |                    |
| 11     |                        |               |                             |                    |
| 12     |                        |               |                             |                    |
| 13     |                        |               |                             |                    |
| 14     |                        |               |                             |                    |
| 15     |                        |               |                             |                    |
| 16     |                        |               |                             |                    |

| Resumen de contrato | VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---------------------|----------------------------|--------------------------|------------------|--------------------|
|                     | \$ 1.067.000               | \$ 11.252.000            | \$ 9.991.000     | \$ 1.261.000       |

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

PRESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO DE MANERA PERSONAL Y AUTÓNOMA, PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS EN EL PROCESO DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. EN EL MARCO DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO 692 DE 2019.

Relación de actividades para el periodo: Desde: 27/08/2020 Hasta: 31/08/2020

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS<br>(Con estipulación en la minuta)                                                                                                                                                                                                   | DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO                                                                                                                                                 | PRODUCTO O EVIDENCIA                                                                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Organizar los usuarios en salas de espera para asignación de turnos, teniendo en cuenta la normatividad vigente y la priorización de poblaciones.                                                                                                          | Organizar a los pacientes en sala de espera de acuerdo a su hora de ingreso o según la emergencia por la que el paciente haya asistido                                     | Se llevan a cabo la socialización en sala de espera de la UHIMES JORGE ELIECER GAITAN |
| 2. Orientar a los usuarios en procedimientos de aseguramiento y vinculación al SGSSS.                                                                                                                                                                         | Guiar y colaborar a los usuarios sobre las medidas de aseguramiento y vinculación al sistema general de seguridad social                                                   | Se llevan a cabo la socialización en sala de espera de la UHIMES JORGE ELIECER GAITAN |
| 3. Orientar a los usuarios en procedimientos para presentar un PQRS.                                                                                                                                                                                          | Informar a los usuarios en salas de espera, explicar la manera de cómo llenar y entregar el formato PQRS                                                                   | Se llevan a cabo la socialización en sala de espera de la UHIMES JORGE ELIECER GAITAN |
| 4. Verificar a los usuarios en bases de datos (Comprobador de Derechos, Fonot, DNP, ADDRESS, GEORREFERENCIALDOR).                                                                                                                                             | Antes de asignar una cita a un paciente se verifica que se encuentre en las bases de datos mencionadas                                                                     | Se llevan a cabo la socialización en sala de espera de la UHIMES JORGE ELIECER GAITAN |
| 5. Realizar encuestas y aplicación de formatos a los usuarios de acuerdo con las metas establecidas.                                                                                                                                                          | Se realizan encuestas de satisfacción a los pacientes que se encuentran en la sala de espera                                                                               | se realizan encuestas en el centro transitorio coferías y se encuentran en el archivo |
| 6. Realizar charlas en salas de espera diariamente de acuerdo al cronograma establecido por la Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano, realizando el registro en los formatos establecidos.                                             | Se realiza charla sobre derechos y deberes, lavado de manos en salas de espera del hospital san blas                                                                       | se llena la planilla de firmas que se encuentra en el hospital JORGE ELIECER GAITAN   |
| 7. Realizar el ingreso en el aplicativo SIDMA de orientaciones grupales y de barreras de acceso identificadas durante la gestión diaria, con el fin de evaluar las dificultades de accesibilidad que pueden presentar los usuarios en los servicios de salud. | Revisar a el paciente en el aplicativo, en caso de tener alguna dificultad para verificar sus datos                                                                        | Se llevan a cabo la revisión de datos en el aplicativo                                |
| 8. Dar a conocer la figura del defensor del ciudadano a la comunidad en general y en las salas de espera mediante el registro en los formatos establecidos.                                                                                                   | se realizan charlas a los pacientes situados en la sala de espera y se hace entrega de folletos para su mejor comprensión                                                  | se llena la planilla de firmas que se encuentra en el hospital JORGE ELIECER GAITAN   |
| 9. Participar en las acciones que promuevan la defensa de lo público para promover la participación de los usuarios en los temas propios del sector salud.                                                                                                    | orientar a los usuarios para que se ubiquen con la persona encargada (referente) y entregar la información requerida                                                       | Se llevan a cabo la socialización en sala de espera de la UHIMES JORGE ELIECER GAITAN |
| 10. Entregar semanalmente los soportes de la gestión realizada de acuerdo a los lineamientos establecidos por la Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano                                                                                 | Se diligencia el formato donde los pacientes indican que se le realizó la charla en las salas de espera                                                                    | se llena la planilla de firmas que se encuentra en el hospital JORGE ELIECER GAITAN   |
| 11. Asistir técnicamente, asesorar y capacitar a los usuarios en las acciones colectivas e individuales para la exigibilidad del derecho a la salud.                                                                                                          | realizar comunicados a los usuarios y entregar formatos para su mejor comprensión, resolver preguntas si algo no se entendió y hacer firmar a los que estuvieron presentes | se llena la planilla de firmas que se encuentra en el hospital JORGE ELIECER GAITAN   |
| 12. Orientar a los usuarios que asistena las diferentes USS de la Subred en el modelo de atención integral en salud.                                                                                                                                          | al ingresar el paciente a la USS se le ofrece colaboración para el procedimiento que vaya a realizar                                                                       | Se llevan a cabo la socialización en sala de espera de la UHIMES JORGE ELIECER GAITAN |
| 13. Las demás funciones que sean asignadas en la realización del objeto contractual. Contendidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato                                                                         | Se realizan otras actividades entregadas por el referente, como la digitación de las planillas de ruta                                                                     | Se entrega la digitación a la jefe y se encuentra en san jose obrero                  |

Observaciones:

Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL.  
En caso de tener contrato nuevo se debe anexionar también la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro

C.C.: 1.016.074.826 de BOGOTÁ D.C.

Firma del Contratista

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS

NOMBRE: Marcela Castellanos Cabrera

CARGO: Jefe de oficina der participación comunitaria y servicio al ciudadano

FIRMA



Simple

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2020-09-24, 11:12:58 AM Tipo Planilla 1032052278 Referencia pago(PIN) 8818417500  
Período Cotización 202008 Período Servicio 202008

Cliente:

PAGADA 2020-09-23

I. DATOS DEL APORTANTE

|                     |                             |                    |                                 |
|---------------------|-----------------------------|--------------------|---------------------------------|
| Razón Social        | CAMILO ANDRES DELGADO BOADA | Dirección          | TV 88 #19 A - 60 INT 2 APTO 703 |
| Documento           | CC 1016074826               | Teléfono           | 3208857060                      |
| Tipo de Empresa     | INDEPENDIENTE               |                    |                                 |
| Tipo Persona        | NATURAL                     | Forma Presentación | ÚNICO                           |
| Ciudad              | BOGOTÁ D.C.                 | Departamento       | BOGOTÁ D.C.                     |
| Representante Legal |                             | Identificación     |                                 |

II. DATOS DEL AFILIADO

|                |               |           |           |   |                             |                              |                   |                   |
|----------------|---------------|-----------|-----------|---|-----------------------------|------------------------------|-------------------|-------------------|
| Documento      | CC 1016074826 | Residente | Exonerado | N | Apellidos y Nombres         | Código Ciudad - Departamento | Código de Trabajo | Ubicación Laboral |
| Tipo Cotizante | 57 00         |           |           |   | DELGADO BOADA CAMILO ANDRES | 11001000 - 11                |                   | BOGOTÁ D.C.       |

III. APOORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

| Novidades | Pensión       |    |         |    |      |    |      |    |      |    | Salud |    |      |    |      | Riesgos |      |    |      |    | Caja |    |      | Parafiscales |      |    |      |    |    |
|-----------|---------------|----|---------|----|------|----|------|----|------|----|-------|----|------|----|------|---------|------|----|------|----|------|----|------|--------------|------|----|------|----|----|
|           | Total salario |    | Salario |    | Caja |    | Caja |    | Caja |    | Caja  |    | Caja |    | Caja |         | Caja |    | Caja |    | Caja |    | Caja |              | Caja |    | Caja |    |    |
| 01        | 02            | 03 | 04      | 05 | 06   | 07 | 08   | 09 | 10   | 11 | 12    | 13 | 14   | 15 | 16   | 17      | 18   | 19 | 20   | 21 | 22   | 23 | 24   | 25           | 26   | 27 | 28   | 29 | 30 |
| 31        | 32            | 33 | 34      | 35 | 36   | 37 | 38   | 39 | 40   | 41 | 42    | 43 | 44   | 45 | 46   | 47      | 48   | 49 | 50   | 51 | 52   | 53 | 54   | 55           | 56   | 57 | 58   | 59 | 60 |
| 61        | 62            | 63 | 64      | 65 | 66   | 67 | 68   | 69 | 70   | 71 | 72    | 73 | 74   | 75 | 76   | 77      | 78   | 79 | 80   | 81 | 82   | 83 | 84   | 85           | 86   | 87 | 88   | 89 | 90 |
| 91        | 92            | 93 | 94      | 95 | 96   | 97 | 98   | 99 | 00   | 01 | 02    | 03 | 04   | 05 | 06   | 07      | 08   | 09 | 10   | 11 | 12   | 13 | 14   | 15           | 16   | 17 | 18   | 19 | 20 |
| 21        | 22            | 23 | 24      | 25 | 26   | 27 | 28   | 29 | 30   | 31 | 32    | 33 | 34   | 35 | 36   | 37      | 38   | 39 | 40   | 41 | 42   | 43 | 44   | 45           | 46   | 47 | 48   | 49 | 50 |
| 51        | 52            | 53 | 54      | 55 | 56   | 57 | 58   | 59 | 60   | 61 | 62    | 63 | 64   | 65 | 66   | 67      | 68   | 69 | 70   | 71 | 72   | 73 | 74   | 75           | 76   | 77 | 78   | 79 | 80 |
| 81        | 82            | 83 | 84      | 85 | 86   | 87 | 88   | 89 | 90   | 91 | 92    | 93 | 94   | 95 | 96   | 97      | 98   | 99 | 00   | 01 | 02   | 03 | 04   | 05           | 06   | 07 | 08   | 09 | 10 |
| 11        | 12            | 13 | 14      | 15 | 16   | 17 | 18   | 19 | 20   | 21 | 22    | 23 | 24   | 25 | 26   | 27      | 28   | 29 | 30   | 31 | 32   | 33 | 34   | 35           | 36   | 37 | 38   | 39 | 40 |
| 41        | 42            | 43 | 44      | 45 | 46   | 47 | 48   | 49 | 50   | 51 | 52    | 53 | 54   | 55 | 56   | 57      | 58   | 59 | 60   | 61 | 62   | 63 | 64   | 65           | 66   | 67 | 68   | 69 | 70 |
| 71        | 72            | 73 | 74      | 75 | 76   | 77 | 78   | 79 | 80   | 81 | 82    | 83 | 84   | 85 | 86   | 87      | 88   | 89 | 90   | 91 | 92   | 93 | 94   | 95           | 96   | 97 | 98   | 99 | 00 |
| 01        | 02            | 03 | 04      | 05 | 06   | 07 | 08   | 09 | 10   | 11 | 12    | 13 | 14   | 15 | 16   | 17      | 18   | 19 | 20   | 21 | 22   | 23 | 24   | 25           | 26   | 27 | 28   | 29 | 30 |
| 31        | 32            | 33 | 34      | 35 | 36   | 37 | 38   | 39 | 40   | 41 | 42    | 43 | 44   | 45 | 46   | 47      | 48   | 49 | 50   | 51 | 52   | 53 | 54   | 55           | 56   | 57 | 58   | 59 | 60 |
| 61        | 62            | 63 | 64      | 65 | 66   | 67 | 68   | 69 | 70   | 71 | 72    | 73 | 74   | 75 | 76   | 77      | 78   | 79 | 80   | 81 | 82   | 83 | 84   | 85           | 86   | 87 | 88   | 89 | 90 |
| 91        | 92            | 93 | 94      | 95 | 96   | 97 | 98   | 99 | 00   | 01 | 02    | 03 | 04   | 05 | 06   | 07      | 08   | 09 | 10   | 11 | 12   | 13 | 14   | 15           | 16   | 17 | 18   | 19 | 20 |
| 21        | 22            | 23 | 24      | 25 | 26   | 27 | 28   | 29 | 30   | 31 | 32    | 33 | 34   | 35 | 36   | 37      | 38   | 39 | 40   | 41 | 42   | 43 | 44   | 45           | 46   | 47 | 48   | 49 | 50 |
| 51        | 52            | 53 | 54      | 55 | 56   | 57 | 58   | 59 | 60   | 61 | 62    | 63 | 64   | 65 | 66   | 67      | 68   | 69 | 70   | 71 | 72   | 73 | 74   | 75           | 76   | 77 | 78   | 79 | 80 |
| 81        | 82            | 83 | 84      | 85 | 86   | 87 | 88   | 89 | 90   | 91 | 92    | 93 | 94   | 95 | 96   | 97      | 98   | 99 | 00   | 01 | 02   | 03 | 04   | 05           | 06   | 07 | 08   | 09 | 10 |
| 11        | 12            | 13 | 14      | 15 | 16   | 17 | 18   | 19 | 20   | 21 | 22    | 23 | 24   | 25 | 26   | 27      | 28   | 29 | 30   | 31 | 32   | 33 | 34   | 35           | 36   | 37 | 38   | 39 | 40 |
| 41        | 42            | 43 | 44      | 45 | 46   | 47 | 48   | 49 | 50   | 51 | 52    | 53 | 54   | 55 | 56   | 57      | 58   | 59 | 60   | 61 | 62   | 63 | 64   | 65           | 66   | 67 | 68   | 69 | 70 |
| 71        | 72            | 73 | 74      | 75 | 76   | 77 | 78   | 79 | 80   | 81 | 82    | 83 | 84   | 85 | 86   | 87      | 88   | 89 | 90   | 91 | 92   | 93 | 94   | 95           | 96   | 97 | 98   | 99 | 00 |
| 01        | 02            | 03 | 04      | 05 | 06   | 07 | 08   | 09 | 10   | 11 | 12    | 13 | 14   | 15 | 16   | 17      | 18   | 19 | 20   | 21 | 22   | 23 | 24   | 25           | 26   | 27 | 28   | 29 | 30 |
| 31        | 32            | 33 | 34      | 35 | 36   | 37 | 38   | 39 | 40   | 41 | 42    | 43 | 44   | 45 | 46   | 47      | 48   | 49 | 50   | 51 | 52   | 53 | 54   | 55           | 56   | 57 | 58   | 59 | 60 |
| 61        | 62            | 63 | 64      | 65 | 66   | 67 | 68   | 69 | 70   | 71 | 72    | 73 | 74   | 75 | 76   | 77      | 78   | 79 | 80   | 81 | 82   | 83 | 84   | 85           | 86   | 87 | 88   | 89 | 90 |
| 91        | 92            | 93 | 94      | 95 | 96   | 97 | 98   | 99 | 00   | 01 | 02    | 03 | 04   | 05 | 06   | 07      | 08   | 09 | 10   | 11 | 12   | 13 | 14   | 15           | 16   | 17 | 18   | 19 | 20 |
| 21        | 22            | 23 | 24      | 25 | 26   | 27 | 28   | 29 | 30   | 31 | 32    | 33 | 34   | 35 | 36   | 37      | 38   | 39 | 40   | 41 | 42   | 43 | 44   | 45           | 46   | 47 | 48   | 49 | 50 |
| 51        | 52            | 53 | 54      | 55 | 56   | 57 | 58   | 59 | 60   | 61 | 62    | 63 | 64   | 65 | 66   | 67      | 68   | 69 | 70   | 71 | 72   | 73 | 74   | 75           | 76   | 77 | 78   | 79 | 80 |
| 81        | 82            | 83 | 84      | 85 | 86   | 87 | 88   | 89 | 90   | 91 | 92    | 93 | 94   | 95 | 96   | 97      | 98   | 99 | 00   | 01 | 02   | 03 | 04   | 05           | 06   | 07 | 08   | 09 | 10 |
| 11        | 12            | 13 | 14      | 15 | 16   | 17 | 18   | 19 | 20   | 21 | 22    | 23 | 24   | 25 | 26   | 27      | 28   | 29 | 30   | 31 | 32   | 33 | 34   | 35           | 36   | 37 | 38   | 39 | 40 |
| 41        | 42            | 43 | 44      | 45 | 46   | 47 | 48   | 49 | 50   | 51 | 52    | 53 | 54   | 55 | 56   | 57      | 58   | 59 | 60   | 61 | 62   | 63 | 64   | 65           | 66   | 67 | 68   | 69 | 70 |
| 71        | 72            | 73 | 74      | 75 | 76   | 77 | 78   | 79 | 80   | 81 | 82    | 83 | 84   | 85 | 86   | 87      | 88   | 89 | 90   | 91 | 92   | 93 | 94   | 95           | 96   | 97 | 98   | 99 | 00 |
| 01        | 02            | 03 | 04      | 05 | 06   | 07 | 08   | 09 | 10   | 11 | 12    | 13 | 14   | 15 | 16   | 17      | 18   | 19 | 20   | 21 | 22   | 23 | 24   | 25           | 26   | 27 | 28   | 29 | 30 |
| 31        | 32            | 33 | 34      | 35 | 36   | 37 | 38   | 39 | 40   | 41 | 42    | 43 | 44   | 45 | 46   | 47      | 48   | 49 | 50   | 51 | 52   | 53 | 54   | 55           | 56   | 57 | 58   | 59 | 60 |
| 61        | 62            | 63 | 64      | 65 | 66   | 67 | 68   | 69 | 70   | 71 | 72    | 73 | 74   | 75 | 76   | 77      | 78   | 79 | 80   | 81 | 82   | 83 | 84   | 85           | 86   | 87 | 88   | 89 | 90 |
| 91        | 92            | 93 | 94      | 95 | 96   | 97 | 98   | 99 | 00   | 01 | 02    | 03 | 04   | 05 | 06   | 07      | 08   | 09 | 10   | 11 | 12   | 13 | 14   | 15           | 16   | 17 | 18   | 19 | 20 |
| 21        | 22            | 23 | 24      | 25 | 26   | 27 | 28   | 29 | 30   | 31 | 32    | 33 | 34   | 35 | 36   | 37      | 38   | 39 | 40   | 41 | 42   | 43 | 44   | 45           | 46   | 47 | 48   | 49 | 50 |
| 51        | 52            | 53 | 54      | 55 | 56   | 57 | 58   | 59 | 60   | 61 | 62    | 63 | 64   | 65 | 66   | 67      | 68   | 69 | 70   | 71 | 72   | 73 | 74   | 75           | 76   | 77 | 78   | 79 | 80 |
| 81        | 82            | 83 | 84      | 85 | 86   | 87 | 88   | 89 | 90   | 91 | 92    | 93 | 94   | 95 | 96   | 97      | 98   | 99 | 00   | 01 | 02   | 03 | 04   | 05           | 06   | 07 | 08   | 09 | 10 |
| 11        | 12            | 13 | 14      | 15 | 16   | 17 | 18   | 19 | 20   | 21 | 22    | 23 | 24   | 25 | 26   | 27      | 28   | 29 | 30   | 31 | 32   | 33 | 34   | 35           | 36   | 37 | 38   | 39 | 40 |
| 41        | 42            | 43 | 44      | 45 | 46   | 47 | 48   | 49 | 50   | 51 | 52    | 53 | 54   | 55 | 56   | 57      | 58   | 59 | 60   | 61 | 62   | 63 | 64   | 65           | 66   | 67 | 68   | 69 | 70 |
| 71        | 72            | 73 | 74      | 75 | 76   | 77 | 78   | 79 | 80   | 81 | 82    | 83 | 84   | 85 | 86   | 87      | 88   | 89 | 90   | 91 | 92   | 93 | 94   | 95           | 96   | 97 | 98   | 99 | 00 |
| 01        | 02            | 03 | 04      | 05 | 06   | 07 | 08   | 09 | 10   | 11 | 12    | 13 | 14   | 15 | 16   | 17      | 18   | 19 | 20   | 21 | 22   | 23 | 24   | 25           | 26   | 27 | 28   | 29 | 30 |
| 31        | 32            | 33 | 34      | 35 | 36   | 37 | 38   | 39 | 40   | 41 | 42    | 43 | 44   | 45 | 46   | 47      | 48   | 49 | 50   | 51 | 52   | 53 | 54   | 55           | 56   | 57 | 58   | 59 | 60 |
| 61        | 62            | 63 | 64      | 65 | 66   | 67 | 68   | 69 | 70   | 71 | 72    | 73 | 74   | 75 | 76   | 77      | 78   | 79 | 80   | 81 | 82   | 83 | 84   | 85           | 86   | 87 | 88   | 89 | 90 |
| 91        | 92            | 93 | 94      | 95 | 96   | 97 | 98   | 99 | 00   | 01 | 02    | 03 | 04   | 05 | 06   | 07      | 08   | 09 | 10   | 11 | 12   | 13 | 14   | 15           | 16   | 17 | 18   | 19 | 20 |
| 21        | 22            | 23 | 24      | 25 | 26   | 27 | 28   | 29 | 30   | 31 | 32    | 33 | 34   | 35 | 36   | 37      | 38   | 39 | 40   | 41 | 42   | 43 | 44   | 45           | 46   | 47 | 48   | 49 | 50 |
| 51        | 52            | 53 | 54      | 55 | 56   | 57 | 58   | 59 | 60   | 61 | 62    | 63 | 64   | 65 | 66   | 67      | 68   | 69 | 70   | 71 | 72   | 73 | 74   | 75           | 76   | 77 | 78   | 79 | 80 |
| 81        | 82            | 83 | 84      | 85 | 86   | 87 | 88   | 89 | 90   | 91 | 92    | 93 | 94   | 95 | 96   | 97      | 98   | 99 | 00   | 01 | 02   | 03 | 04   | 05           | 06   | 07 | 08   | 09 | 10 |
| 11        | 12            | 13 | 14      | 15 | 16   | 17 | 18   | 19 | 20   | 21 | 22    | 23 | 24   | 25 | 26   | 27      | 28   | 29 | 30   | 31 | 32   | 33 | 34   | 35           | 36   | 37 | 38   | 39 | 40 |
| 41        | 42            | 43 | 44      | 45 | 46   | 47 | 48   | 49 | 50   | 51 | 52    | 53 | 54   | 55 | 56   | 57      | 58   | 59 | 60   | 61 | 62   | 63 | 64   | 65           | 66   | 67 | 68   | 69 | 70 |
| 71        | 72            | 73 | 74      | 75 | 76   | 77 | 78   | 79 | 80   | 81 | 82    | 83 | 84   | 85 | 86   | 87      | 88   | 89 | 90   | 91 | 92   | 93 | 94   | 95           | 96   | 97 | 98   | 99 | 00 |
| 01        | 02            | 03 | 04      | 05 | 06   | 07 | 08   | 09 | 10   | 11 | 12    | 13 | 14   | 15 | 16   | 17      | 18   | 19 | 20   | 21 | 22   | 23 | 24   | 25           | 26   | 27 | 28   | 29 | 30 |
| 31        | 32            | 33 | 34      | 35 | 36   | 37 | 38   | 39 | 40   | 41 | 42    | 43 | 44   | 45 | 46   | 47      | 48   | 49 | 50   | 51 | 52   | 53 | 54   | 55           | 56   | 57 | 58   | 59 | 60 |
| 61        | 62            | 63 | 64      | 65 | 66   | 67 | 68   | 69 | 70   | 71 | 72    | 73 | 74   | 75 | 76   | 77      | 78   | 79 | 80   | 81 | 82   | 83 | 84   | 85           | 86   | 87 | 88   | 89 | 90 |
| 91        | 92            | 93 | 94      | 95 | 96   | 97 | 98   | 99 | 00   | 01 | 02    | 03 | 04   | 05 | 06   | 07      | 08   | 09 | 10   | 11 | 12   | 13 | 14   | 15           | 16   | 17 | 18   | 19 | 20 |
| 21        | 22            | 23 | 24      | 25 | 26   | 27 | 28   | 29 | 30   | 31 | 32    | 33 | 34   | 35 | 36   | 37      | 38   | 39 | 40   | 41 | 42   | 43 | 44   | 45           | 46   | 47 | 48   | 49 | 50 |
| 51        | 52            | 53 | 54      | 55 | 56   | 57 | 58   | 59 | 60   | 61 | 62    | 63 | 64   | 65 | 66   | 67      | 68   | 69 | 70   | 71 | 72   | 73 | 74   | 75           | 76   | 77 | 78   | 79 | 80 |
| 81        | 82            | 83 | 84      | 85 | 86   | 87 | 88   | 89 | 90   | 91 | 92    | 93 | 94   | 95 | 96   | 97      | 98   | 99 | 00   | 01 | 02   | 03 | 04   | 05           | 06   |    |      |    |    |



PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2020-09-24, 08:48:42 AM Tipo Planilla I Número Planilla 1032671547 Referencia pago(PIN) 8817578430  
Periodo Cotización 202008 Periodo Servicio 202008  
Cliente:

PAGADA 2020-09-22

I. DATOS DEL APORTANTE

|                     |                                |  |  |  |                    |                            |  |  |  |
|---------------------|--------------------------------|--|--|--|--------------------|----------------------------|--|--|--|
| Razón Social        | MONICA MARCELA ATEHORTUA SILVA |  |  |  | Dirección          | DIG 32 C BIS N 12 J 89 SUR |  |  |  |
| Documento           | CC 53118817                    |  |  |  | Teléfono           | 3196457169                 |  |  |  |
| Tipo de Empresa     | INDEPENDIENTE                  |  |  |  | Forma Presentación | ÚNICO                      |  |  |  |
| Tipo Persona        | NATURAL                        |  |  |  | Departamento       | BOGOTA D.C.                |  |  |  |
| Ciudad              | BOGOTA D.C.                    |  |  |  | Identificación     | 1                          |  |  |  |
| Representante Legal |                                |  |  |  |                    |                            |  |  |  |

II. DATOS DEL AFILIADO

|                |             |  |           |    |  |           |   |  |                     |                                |  |                              |               |  |                   |             |  |                   |  |  |
|----------------|-------------|--|-----------|----|--|-----------|---|--|---------------------|--------------------------------|--|------------------------------|---------------|--|-------------------|-------------|--|-------------------|--|--|
| Documento      | CC 53118817 |  | Residente |    |  | Exonerado | N |  | Apellidos y Nombres | ATEHORTUA SILVA MONICA MARCELA |  | Código Ciudad - Departamento | 11001000 - 11 |  | Centro de Trabajo | BOGOTA D.C. |  | Ubicación Laboral |  |  |
| Tipo Colizante | 03          |  |           | 00 |  |           |   |  |                     |                                |  |                              |               |  |                   |             |  |                   |  |  |

III. APOORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

| Novedades  |     |     |     |     |     |     |     |     |     | Pensión    |            |            |                   | Salud             |            |            |            | Riesgos       |             |            |              | Caja       |          | Parafiscales   |            |            |          |              |             |              |             |              |
|------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------------|------------|------------|-------------------|-------------------|------------|------------|------------|---------------|-------------|------------|--------------|------------|----------|----------------|------------|------------|----------|--------------|-------------|--------------|-------------|--------------|
| Extramuros |     |     |     |     |     |     |     |     |     | Salario    |            |            |                   | Aportes           |            |            |            | Tarifas       |             |            |              | Aportes    |          | Tarifas        |            |            |          |              |             |              |             |              |
| INO        | RET | TAE | TAP | TDP | VSP | COR | SLN | LMA | VAC | Código AFP | Tarifa AFP | IBCF       | Total Aportes AFP | Total Aportes FSP | Código EPS | Tarifa EPS | IBCF EPS   | Aportes Salud | Aportes UPC | Código ARL | Clase Riesgo | Tarifa ARL | IBCF ARL | Aportes Riesgo | Código CCF | Tarifa CCF | IBCF CCF | Aportes Caja | Tarifa SENA | Aportes SENA | Tarifa ICBF | Aportes ICBF |
| x          |     |     |     |     |     |     |     |     |     | 230381     | 16 %       | \$ 877.803 | \$ 140.500        | \$ 0              | EP5008     | 12,5 %     | \$ 877.803 | \$ 109.800    | \$ 0        | NN-AR      | 0,000 %      | \$ 0       | \$ 0     | NN-CC          | 0 %        | \$ 0       | \$ 0     | \$ 0         | 0 %         | \$ 0         | 0 %         | \$ 0         |

IV. TOTALES

|                       |                   |                     |                       |                    |                    |                    |                   |             |
|-----------------------|-------------------|---------------------|-----------------------|--------------------|--------------------|--------------------|-------------------|-------------|
| Total Aportes Pensión | Total Aportes FSP | Total Aportes Salud | Total Aportes Riesgos | Total Aportes SENA | Total Aportes ICBF | Total Aportes ESAP | Total Aportes MEN | Total Final |
| PORVENIR              | FSP SOLIDARIDAD   | FSP SUBSISTENCIA    | COMPENSAR EPS         | NINGUNA ARP        | NINGUNA CCF        | SENA               | ESAP              | MEN         |
| \$ 140.500            | \$ 0              | \$ 0                | \$ 109.800            | \$ 0               | \$ 0               | \$ 0               | \$ 0              | \$ 250.300  |



### 1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: PS 3650 2020 C.D.P. No.: 295 Proceso al que pertenece: PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO  
Unidad a la que pertenece: SAN JOSE OBRERO ( CONVENIO CAPS 692 )  
Nombre del Contratista: LUISA FERNANDA BERNAL MUÑOZ C.C. 1.022.354.815 de: BOGOTA  
Fecha Inicio: 2020-02-06 Fecha Terminación inicial: 2020-06-26 Valor Mensual: \$ 1.455.000 Valor a cobrar: \$ 194.000

| ADICIÓN/<br>OTRO SI | VALOR<br>ADICIÓN | CDP  | FECHA DE<br>INICIO | FECHA DE<br>TERMINACIÓN |
|---------------------|------------------|------|--------------------|-------------------------|
| 1                   | \$ 1.455.000     | 561  | 2020-02-28         | 2020-03-27              |
| 2                   | \$ 1.455.000     | 759  | 2020-03-26         | 2020-04-26              |
| 3                   | \$ 2.910.000     | 1091 | 2020-04-26         | 2020-06-26              |
| 4                   | \$ 1.455.000     | 1819 | 2020-06-26         | 2020-07-26              |
| 5                   | \$ 1.455.000     | 2185 | 2020-07-26         | 2020-08-26              |
| 6                   | \$ 1.455.000     | 2915 | 2020-08-26         | 2020-09-26              |
| 7                   |                  |      |                    |                         |
| 8                   |                  |      |                    |                         |

| Nº<br>CTA | MES DE CUENTA DE<br>COBRO | VALOR A<br>PAGAR | VALOR PAGO<br>SEGURIDAD<br>SOCIAL | NÚMERO DE PLANILLA |
|-----------|---------------------------|------------------|-----------------------------------|--------------------|
| 1         | FEBRERO                   | \$ 1.261.000     | 0                                 | 0                  |
| 2         | MARZO                     | \$ 1.455.000     | \$ 222.100                        | 9403005370         |
| 3         | ABRIL                     | \$ 1.455.000     | \$ 271.700                        | 9404494346         |
| 4         | MAYO                      | \$ 1.455.000     | \$ 157.600                        | 9405383787         |
| 5         | JUNIO                     | \$ 1.455.000     | \$ 157.600                        | 9406425383         |
| 6         | JULIO                     | \$ 1.455.000     | \$ 271.700                        | 9407542365         |
| 7         | AGOSTO 1-26               | \$ 1.261.000     | \$ 271.700                        | 9408644089         |
| 7         | AGOSTO 27 -31             | \$ 194.000       | \$ 271.700                        | 9408644089         |
| 8         |                           |                  |                                   |                    |

| Resumen de<br>contrato | VALOR INICIAL<br>DEL CONTRATO | VALOR TOTAL<br>DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|------------------------|-------------------------------|-----------------------------|------------------|--------------------|
|                        | \$ 1.067.000                  | \$ 11.252.000               | \$ 9.991.000     | \$ 1.261.000       |

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

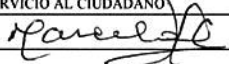
#### OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO DE MANERA PERSONAL Y AUTÓNOMA, PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS EN EL PROCESO DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. EN EL MARCO DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO 692 DE 2019.

Relación de actividades para el periodo: Desde: 2020-08-27 Hasta: 2020-08-31

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS<br>(Las estipuladas en la minuta) |                                                                                                                                                                                                                                                           | DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO<br>ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | PRODUTO O EVIDENCIA                                                                                                                                                |
|------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1                                                          | Organizar los usuarios en salas de espera para asignación de turnos teniendo en cuenta la normatividad vigente y la priorización de poblaciones.                                                                                                          | Se realiza proceso de orientación e información, verificación de documentos, direccionamiento del usuario a los demás servicios, priorizando gestantes, mujeres con bebés en brazos, adulto mayor y personas en condición de discapacidad.                                                                                                                                                                                                                                             |  | Evidencia se entrega a la referente del punto , la cual ella la carga al drive                                                                                     |
| 2                                                          | Orientar a los usuarios en procedimientos de aseguramiento y vinculación al SGSSS.                                                                                                                                                                        | Se orienta al usuario como se debe afiliarse a una EPS-S cuando vienen con los niveles 1y 2 y a EPS-C cuando tienen un puntaje mayor o sin encuesta sísbén, igual se direcciona a trabajo social cuando son usuarios vulnerables.                                                                                                                                                                                                                                                      |  | Evidencia se entrega a la referente del punto , la cual ella la carga al drive                                                                                     |
| 3                                                          | Orientar a los usuarios en procedimientos para presentar un PQRS.                                                                                                                                                                                         | Se realiza orientación al usuario que desea interponer su inconformidad, informándole que se cuenta con diferentes canales para la radicación de su manifestación: siendo estos Presenciales (Buzón y Correspondencia), Teléfono, Virtual Sistema Distrital de Quejas y Soluciones SDQS, entre otros, sin embargo es de resaltar que se le presenta las posibles soluciones inmediatas a la inconformidad del usuario.                                                                 |  | Buzón de sugerencias PQRS.                                                                                                                                         |
| 4                                                          | Verificar a los usuarios en bases de datos (Comprobador de Derechos, Fosyga, DNP, ADRESS, GEOREFERENCIADOR.)                                                                                                                                              | Todos los paciente son verificados en Comprobadores de Derechos, DNP y Fosyga para proceder a la asignación del servicio.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | Registro encada una de las bases de datos con usuario registrado.                                                                                                  |
| 5                                                          | Realizar encuestas y aplicación de formatos a los usuarios externos de acuerdo con las metas establecidas.                                                                                                                                                | Se realizan encuestas semanales a los usuarios en el área de consulta externa y urgencias, se aplican encuestas de adherencia de derechos y deberes y encuestas de satisfacción.                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | Entrega mensual de los formatos diligenciados a la lider de punto Código MI-SP-FT-003 MI-SP-FT-007                                                                 |
| 6                                                          | Realizar charlas en salas de espera diariamente de acuerdo al cronograma establecido por la Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano, realizando el registro en los formatos establecidos.                                            | Se realiza charlas diarias de Decálogo de humanización, Carta del trato digno de los deberes y derechos, Línea Púrpura y Psicoactiva, Defensor del ciudadano, Estrategia multimodal, Lavado de manos, Portafolio de servicios, canales de comunicación, manejo de residuos, ruta de la salud en el área de consulta externa y urgencias a usuarios.                                                                                                                                    |  | Entrega diaria de los formatos de charlas a los usuarios diligenciados a la lider de punto Código MI-SP-FT-004                                                     |
| 7                                                          | Realizar el ingreso en el aplicativo SIDMA de orientaciones grupales y de barreras de acceso identificadas durante la gestión diaria, con el fin de evaluar las dificultades de accesibilidad que pueden presentar los usuarios en los servicios de salud | Se identifica la barrera de acceso y se registra en SIDMA de la Secretaría de Salud, resaltando que todas las barreras de acceso registrado se generan una solución oportuna al usuario, por tanto estos casos son cerrados al 100%.                                                                                                                                                                                                                                                   |  | Registro en el SIDMA con usuario registrado.                                                                                                                       |
| 8                                                          | Dar a conocer la figura del defensor del ciudadano a la comunidad en general y en las salas de espera mediante el registro en los formatos establecidos                                                                                                   | Se brinda orientación e información a todos los usuarios en la Unidad, acerca del defensor del ciudadano, nombre del defensor de la subred Centro Oriente, sus funciones. De igual manera se les recuerda a los usuarios que se cuenta con el área de atención al Usuario de la Unidad, donde se pueden acercar con los orientadores, quienes brindaremos direccionamiento a las dificultades que se les presenten en la Unidad de servicio o si es el caso se gestiona con la subred. |  | Entrega de papelería a los usuarios, con la información brindada acerca del defensor del ciudadano.                                                                |
| 9                                                          | Participar en las acciones que promuevan la defensa de lo público para promover la participación de los usuarios en los temas propios del sector salud.                                                                                                   | Se realiza campaña: "promoción de las formas de participación" invitando a los Usuarios a participar en la Asociación de Usuarios                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | Entrega de papelería a los usuarios, con la información brindada acerca de las formas de participación, se incluye en las planillas de charlas Código MI-SP-FT-004 |

|                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                       |                                                                                                                                             |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|  Secretaría de Salud<br>Subred Integrada de Servicios de Salud<br>Centro Oriente E.S.E.    |                                                                                                                                                                                   | <b>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E</b><br><b>APOYO – GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO</b><br><b>FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO</b>                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                       | <b>CÓDIGO: AP-IA-FT-014</b><br><b>VERSIÓN: 02</b><br><b>FECHA: 2020-05-04</b>                                                               |  |
| 10                                                                                                                                                                          | Entregar semanalmente los soportes de la gestión realizada de acuerdo a los lineamientos establecidos por la Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al ciudadano.        | Se entrega reporte de la gestión realizada                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                       | Entrega diaria de los formatos de charlas a los usuarios diligenciados a la líder de punto Código MI-SP-FT-004 / MI-SP-FT-003/ MI-SP-FT-007 |  |
| 11                                                                                                                                                                          | Asistir técnicamente, asesorar y capacitar a los usuarios en las acciones colectivas e individuales para la exigibilidad del derecho a la salud.                                  | Se orienta a los usuarios, que soliciten información acerca de la exigibilidad del derecho a la salud, dependiendo su inconformidad y/o solicitud. De igual manera se brindan charlas y capacitaciones semanales, tanto grupales como individuales para reforzar la divulgación de deberes y derechos que tienen los usuarios en temas como: asignación y cumplimiento de la cita médica, entre otros. |                                                                                                                       | Evidencia se entrega a la referente del punto, la cual ella la carga al drive                                                               |  |
| 12                                                                                                                                                                          | Orientar a los usuarios que asisten a las diferentes USS de la Subred en el modelo de atención integral en salud.                                                                 | Se orienta a los usuarios en el modelo de atención de la red integrada de salud.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                       | Evidencia se entrega a la referente del punto, la cual ella la carga al drive                                                               |  |
| 13                                                                                                                                                                          | Las demás funciones que sean asignadas en la realización del objeto contractual. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato. | Asistencia a reunión mensual                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                       | Se deja el registro de asistencia a la reunión mensual en el acta Código: ET-CO-FT-001                                                      |  |
| Observaciones:                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <br>_____<br>FIRMA DEL CONTRATISTA |                                                                                                                                             |  |
| Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL.<br>En caso de tener contrato nuevo o se debe anexar también la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro |                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | C.C. 1.022.354.815 de Bogotá D.C.                                                                                     |                                                                                                                                             |  |

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS |                                                                                   |
|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| NOMBRE:                             | MARCELA CASTELLANOS CABRERA                                                       |
| CARGO:                              | JEFE DE OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO              |
| FIRMA                               |  |

## Resumen General de Pago

OK  
AS/2000  
agosto/2000

# 1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: PS 3642 2020 C.D.P. No.: 295 Proceso al que pertenece: PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO  
Unidad a la que pertenece: SAN JOSE OBRERO ( CONVENIO CAPS 692 )  
Nombre del Contratista: ANA HERLINDA RODRIGUEZ MARTINEZ C.C. 52.441.688 de: BOGOTA  
Fecha Inicio: 2020-02-12 Fecha Terminación Inicial: 2020-04-03 Valor Mensual: \$ 1.455.000 Valor a cobrar: \$ 1.455.000

| ADICIÓN/<br>OTRO SI | VALOR<br>ADICIÓN | CDP  | FECHA DE<br>INICIO | FECHA DE<br>TERMINACIÓN |
|---------------------|------------------|------|--------------------|-------------------------|
| 1                   | \$ 1.455.000     | 561  | 2020-03-05         | 2020-04-04              |
| 2                   | \$ 1.115.500     | 759  | 2020-04-03         | 2020-04-26              |
| 3                   | \$ 2.910.000     | 1091 | 2020-04-26         | 2020-06-26              |
| 4                   | \$ 1.455.000     | 1819 | 2020-06-27         | 2020-07-26              |
| 5                   | \$ 1.455.000     | 2185 | 2020-07-26         | 2020-08-26              |
| 6                   | \$ 1.455.000     | 2915 | 2020-08-26         | 2020-09-26              |
| 7                   |                  |      |                    |                         |
| 8                   |                  |      |                    |                         |
| 9                   |                  |      |                    |                         |
| 10                  |                  |      |                    |                         |
| 11                  |                  |      |                    |                         |
| 12                  |                  |      |                    |                         |
| 13                  |                  |      |                    |                         |
| 14                  |                  |      |                    |                         |
| 15                  |                  |      |                    |                         |
| 16                  |                  |      |                    |                         |
| 17                  |                  |      |                    |                         |
| 18                  |                  |      |                    |                         |
| 19                  |                  |      |                    |                         |
| 20                  |                  |      |                    |                         |
| 21                  |                  |      |                    |                         |
| 22                  |                  |      |                    |                         |

| N°<br>CTA | MES DE<br>CUENTA DE<br>COBRO | VALOR A<br>PAGAR | VALOR<br>PAGO<br>SEGURIDA | NÚMERO DE PLANILLA |
|-----------|------------------------------|------------------|---------------------------|--------------------|
| 1         | FEBRERO                      | \$ 921.500       | \$ 277.000                | 8340544824         |
| 2         | MARZO                        | \$ 1.455.000     | \$ 277.000                | 8340501409         |
| 3         | ABRIL                        | \$ 1.455.000     | \$ 277.000                | 8341493385         |
| 4         | MAYO                         | \$ 1.455.000     | \$ 277.000                | 8341980485         |
| 5         | JUNIO                        | \$ 1.455.000     | \$ 162.900                | 8342655649         |
| 6         | JULIO                        | \$ 1.455.000     | \$ 277.000                | 8343616714         |
| 7         | AGOSTO                       | \$ 1.261.000     | \$ 277.000                | 8344008992         |
| 8         | AGOSTO 27 AL 31              | \$ 194.000       | \$ 277.000                | 8344524234         |
| 9         | septiembre 1 AL 26           | \$ 1.261.000     | \$ 277.000                | 8344524234         |
| 10        |                              |                  |                           |                    |
| 11        |                              |                  |                           |                    |
| 12        |                              |                  |                           |                    |
| 13        |                              |                  |                           |                    |
| 14        |                              |                  |                           |                    |
| 15        |                              |                  |                           |                    |
| 16        |                              |                  |                           |                    |
| 17        |                              |                  |                           |                    |
| 18        |                              |                  |                           |                    |
| 19        |                              |                  |                           |                    |
| 20        |                              |                  |                           |                    |
| 21        |                              |                  |                           |                    |
| 22        |                              |                  |                           |                    |

| Resumen de<br>contrato | VALOR INICIAL<br>DEL CONTRATO | VALOR TOTAL<br>DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|------------------------|-------------------------------|-----------------------------|------------------|--------------------|
|                        | \$ 1.667.000                  | \$ 10.912.500               | \$ 10.912.500    | \$ 0               |

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

### OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO DE MANERA PERSONAL Y AUTÓNOMA, PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS EN EL PROCESO DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. EN EL MARCO DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO 692 DE 2019.

Relación de actividades para el periodo: Desde: 2020-01-27 Hasta: 2020-09-26

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS<br>(Las estipuladas en la minuta) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO                                                                                                           |                                                                                                                                                                |
|------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERÍODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN                                                           | PRODUCTO O EVIDENCIA                                                                                                                                           |
| 1                                                          | Organización de usuarios en salas de espera teniendo en cuenta la normatividad vigente y la priorización de poblaciones.                                                                                                                                                                                                                                                                    | se direcciona al usuario si es general o preferencial, Mediante el digiturno                                                         | Se realiza entrega mensual de formato de sensibilizaciones MI-SP-FT-004 en físico para archivo por parte de la referente de atención al usuario - 4 SEMANALES. |
| 2                                                          | Orientación a usuarios en procedimientos de aseguramiento y vinculación al SGSSS.                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | se orienta al usuario como afiliarse a una EPS -S cuando tienen nivel 1-2- cuando no tienen encuesta se direccionan a trabajo social | se realiza registro en aplicativo SIDMA.                                                                                                                       |
| 3                                                          | Orientación a los usuarios en procedimientos de interposición de PQRS.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | se orienta al usuario a interponer una queja, sugerencia o felicitación Respetuosamente. Con datos legibles                          | Se realiza entrega semanal de formato de sensibilizaciones MI-SP-FT-004 en físico para archivo por parte de la referente de atención al usuario.               |
| 4                                                          | Verificación de usuarios en bases de datos (Comprobador de Derechos, Cápita del Hospital en el sistema destinado para el Realización de encuestas y aplicación de formatos a los usuarios externos de acuerdo con las metas establecidas por la referencia de atención al usuario)                                                                                                          | se orienta al usuario como afiliarse a una EPS -S cuando tienen nivel 1-2- cuando no tienen encuesta se direccionan a trabajo social | Asignación de citas por Dinámica Gerencial.                                                                                                                    |
| 5                                                          | Realizar charlas en salas de espera diariamente de acuerdo al cronograma establecido por la Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano, realizando el registro en los formularios de ingreso en el aplicativo SIDMA de orientaciones grupales y de barreras de acceso identificadas durante la gestión diaria con el fin de evaluar las dificultades de accesibilidad que | se realiza encuesta de satisfacción a usuarios en consulta externa                                                                   | Se realiza entrega mensual de formato de encuesta de satisfacción en físico para archivo por parte de la referente de atención al usuario.                     |
| 6                                                          | Realizar el ingreso en el aplicativo SIDMA de orientaciones grupales y de barreras de acceso identificadas durante la gestión diaria con el fin de evaluar las dificultades de accesibilidad que                                                                                                                                                                                            | realizar charlas de derechos y deberes, Tema del día, En consulta externa                                                            | Se realiza entrega semanal de formato de sensibilizaciones MI-SP-FT-004 en físico para archivo por parte de la referente de atención al usuario.               |
| 7                                                          | Dar a conocer la figura del defensor del ciudadano a la comunidad en general y en las salas de espera mediante el registro en los formularios de ingreso en el aplicativo SIDMA de orientaciones grupales y de barreras de acceso identificadas durante la gestión diaria con el fin de evaluar las dificultades de accesibilidad que                                                       | se registra en SIDMA, orientaciones, grupales o individuales y barreras de acceso.                                                   | Se realiza entrega semanal de formato de sensibilizaciones MI-SP-FT-004 en físico para archivo por parte de la referente de atención al usuario.               |
| 8                                                          | Participar en las acciones que promuevan la defensa de lo público para promover la participación de los usuarios en los temas propios del centro de salud.                                                                                                                                                                                                                                  | realizar charlas en sala de espera para dar a conocer la figura del defensor del usuario                                             | se realiza registro en aplicativo SIDMA.                                                                                                                       |
| 9                                                          | Entregar semanalmente los soportes de la gestión realizada de acuerdo a los lineamientos establecidos por la referencia de atención al usuario                                                                                                                                                                                                                                              | se realiza esta actividad cuando somos convocados                                                                                    | Se realiza entrega mensual de formato de sensibilizaciones MI-SP-FT-004 en físico para archivo por parte de la referente de atención al usuario.               |
| 10                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | entregar reporte de usuarios atendidos en digiturno - encuestas de satisfacción y charlas del tema del día                           | Se realiza entrega mensual de formato de acta y listado de ser requerido para la actividad. TOTAL ENCUESTAS 64 DE SAN JORGE 40 DE BRAVO PAEZ.                  |

Observaciones:

Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL.  
En caso de tener contrato nuevo se debe anexar también la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro

Ana H. Rodriguez Martinez.

Firma del Contratista

C.C. 52.441.688 de BOGOTA

### VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS

|         |                                                                      |
|---------|----------------------------------------------------------------------|
| NOMBRE: | MARCELA CASTELLANOS CABRERA                                          |
| CARGO:  | JEFE DE OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO |
| FIRMA   |                                                                      |

## Resumen General de Pago

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE     |         |                              |                 |                    |                 |                     |                        |                       |           |
|-----------------------------------|---------|------------------------------|-----------------|--------------------|-----------------|---------------------|------------------------|-----------------------|-----------|
| Identificación                    | dv      | Razon Social                 | Clase Aportante | Sucursal Principal | Dirección       | Ciudad-Departamento | Teléfono               | Exonerado SENA e ICBF |           |
| CC 1027374815                     |         | IBERNAL MUÑOZ LUISA FERNANDA | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | C.178a #12 - 32 | BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.  | 5555555                | no                    |           |
| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN |         |                              |                 |                    |                 |                     |                        |                       |           |
| Periodo                           | Salud   | Clase                        | Planilla        | Tipo               | Fecha           | Pago                | Días Mora              | Valor                 |           |
| 2020-08                           | 2020-08 | 716666315                    | 9409710364      | 1                  | 2020/09/04      | 2020/09/09          |                        | \$                    | \$271,700 |
| RESUMEN DE PAGO                   |         |                              |                 |                    |                 |                     |                        |                       |           |
| RIESGO                            | CODIGO  | NIT                          | DV              | AFILIADOS          | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA      | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR         |           |
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1)          |         |                              |                 |                    |                 |                     |                        |                       |           |
| PORVENIR                          | 230301  | 800,224,808                  | 8               | 1                  | \$140,500       | \$0                 | \$0                    | \$140,500             |           |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1)          |         |                              |                 |                    |                 |                     |                        |                       |           |
| SEGUROS BOLIVAR                   | 14-7    | 860,002,503                  | 2               | 1                  | \$21,400        | \$0                 | \$0                    | \$21,400              |           |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1)          |         |                              |                 |                    |                 |                     |                        |                       |           |
| FAMISAVAR                         | EPS017  | 830,003,564                  | 7               | 1                  | \$109,800       | \$0                 | \$0                    | \$109,800             |           |
| TOTAL                             |         |                              |                 | 1                  | \$271,700       | \$0                 | \$0                    | \$271,700             |           |

Al contestar, citar estos datos:

**\*20201800010973\***Radicado: **20201800010973** de 05-10-2020

Pág. 1 de 1

Bogotá D.C.; lunes 05 de octubre de 2020

**Para: MARCELA CASTELLANOS CABRERA**  
Jefe Oficina Participación y Servicio al Ciudadano**De: GLORIA EMPERATIZ BARRERO CARRETERO**  
Jefe Oficina Control Disciplinario Interno**Asunto: SOLICITUD DE INFORMACION PROCESO DISCIPLINARIO 036-2020 SCO**

Reciba un cordial saludo,

En cumplimiento a lo ordenado en auto del VEINTIUNO (21) de SEPTIEMBRE de Dos Mil Veinte (2020), comedidamente me permito solicitar se sirva informar y remitir con sus respectivos soportes respuesta dada a la petición formulada por el señor **MANUEL GUILLERMO ESTADA FLOREZ** con radicado SINPROC No. 85656 de fecha 09 de Julio de 2020.

La información debe ser remitida a esta oficina dentro de los ocho (8) días siguientes de la fecha de recibido de la presente comunicación, a fin de que obre como prueba dentro del proceso de la referencia. Al contestar favor citar el número de proceso.

Cordialmente.

**GLORIA EMPERATIZ BARRERO CARRETERO**  
Jefe Oficina Control Interno Disciplinario  
Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

| Responsable                                                                                                                                                                         | Nombres y Apellidos Completos       | Cargo y/o Perfil Contratista | Firma |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------|-------|
| Elaboró                                                                                                                                                                             | Niyireth González                   | Profesional Administrativo   |       |
| Aprobó                                                                                                                                                                              | Gloria Emperatriz Barrero Carretero | Jefe Oficina                 |       |
| Consolidó                                                                                                                                                                           |                                     |                              |       |
| Revisó                                                                                                                                                                              |                                     |                              |       |
| Declaramos los arriba firmantes, que hemos revisado el presente documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales y por lo tanto, lo presentamos para firma. |                                     |                              |       |

**I. DATOS GENERALES DEL CONTRATO**

No. CONTRATO - OPS: PS 3956 2020 C.D.P. No.: 722 - 2020 Proceso al que pertenece: PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO  
Unidad a la que pertenece: UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD LA VICTORIA (CONVENIO 692)  
Nombre del Contratista: WILSON ENRIQUE MORENO GARZÓN  
Fecha Inicio: 2020-03-31 Fecha Terminación inicial: 2020-06-26  
C.C. 1.073.690.590 de: SOACHA  
Valor Mensual: \$ 3.282.642 Valor a cobrar: \$ 431.054

| ADICIÓN<br>N° OTRO | VALOR<br>ADICIÓN | CDP  | FECHA DE<br>INICIO | FECHA DE<br>TERMINACIÓN |
|--------------------|------------------|------|--------------------|-------------------------|
| 1                  | \$ 6.300.020     | 1091 | 2020-04-30         | 2020-06-26              |
| 2                  | \$ 3.282.642     | 1819 | 2020-06-26         | 2020-07-26              |
| 3                  | \$ 3.282.642     | 1235 | 2020-07-26         | 2020-08-26              |
| 4                  | \$ 3.116.852     | 2915 | 2020-08-26         | 2020-09-26              |
| 5                  |                  |      |                    |                         |
| 6                  |                  |      |                    |                         |
| 7                  |                  |      |                    |                         |
| 8                  |                  |      |                    |                         |

| N°<br>CTA | MES DE<br>CUENTA | VALOR A<br>PAGAR | VALOR<br>PAGO | NÚMERO DE PLANILLA |
|-----------|------------------|------------------|---------------|--------------------|
| 1         | ABRIL            | \$ 3.282.642     | \$ 0          | 0                  |
| 2         | MAYO             | \$ 3.282.642     | \$ 406.300    | 1030239624         |
| 3         | JUNIO            | \$ 3.282.642     | \$ 235.600    | 1030430279         |
| 4         | JULIO            | \$ 3.282.642     | \$ 406.300    | 1031350463         |
| 5         | AGOSTO 1-26      | \$ 2.851.588     | \$ 406.300    | 1031991340         |
| 6         | AGOSTO 27 A 31   | \$ 431.054       | \$ 406.300    | 1031991340         |
| 7         |                  |                  |               |                    |
| 8         |                  |                  |               |                    |

|                     |                                |                                        |                                |                                 |
|---------------------|--------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|
| Resumen de contrato | VALOR INICIAL DEL \$ 3.282.642 | VALOR TOTAL DEL CONTRATO \$ 19.264.798 | PAGOS REALIZADOS \$ 16.413.210 | SALDO DEL CONTRATO \$ 2.851.588 |
|---------------------|--------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|

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

PRESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO DE MANERA PERSONAL Y AUTÓNOMA, EN SU CONDICIÓN DE PROFESIONAL UNIVERSITARIO DEL ÁREA DE LA SALUD, PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DE LA OFICINA DE OFICINA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Relación de actividades para el periodo: Desde: 2020-08-27 Hasta: 2020-08-31

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS<br>(Las estipuladas en la minuta) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                            |
|------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERÍODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                      | PRODUCTO O EVIDENCIA                                                                       |
| 1                                                          | Realizar la Orientación, Direccionamiento y/o aclaraciones acerca de trámites administrativos necesarios para recibir atención en Salud.                                                                                                                                                                                    | Se brinda orientación e información general que solicita el usuario con base en puntos de atención de la SUBRED que beneficien sus necesidades y faciliten el acceso a los servicios de salud.                                                                                                                                                                  | (58) ESTUDIOS SOCIALES DE CASO, SUBIDOS A LAS BASES DE DATOS DRIVE.                        |
| 2                                                          | Realizar el ingreso y actualización permanente en base de datos interna de pacientes en abandono social, población extranjera, habitante de calle e instrumentos provisionales que se lleven a cabo, mediante la gestión realizada desde el área de Trabajo Social.                                                         | Se realizan bases de datos y matrices donde se consolida toda la información de cada usuario recepcionado por el área de trabajo social para realizar estudios de caso e instrumentos provisionales. Así mismo ingreso de información a base de datos acerca de pacientes en abandono social.                                                                   | (2) PACIENTES REMITIDOS POR ABANDONO SOCIAL ANTE SECRETARÍA DE SALUD - INTEGRACIÓN SOCIAL. |
| 3                                                          | Hacer seguimiento a censo hospitalario diario destinado a identificar y disminuir barreras de acceso, dificultades de aseguramiento y situaciones de vulnerabilidad social; registrar en el formato establecido para dicha actividad y reportar a la OFICINA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO              | Se desarrollan oportunamente las actividades correspondientes al servicio de Trabajo Social en los servicios según lineamientos estipulados por los programas. Se atiende llamado de cada servicio intrahospitalario interconsultante: UCI intermedios e intensivos neonatal, Recien Nacidos Básicos, Aislados neonatal iniciándose la respectiva intervención. | (30) RESPUESTA DE INTERCONSULTAS Y NOTAS                                                   |
| 4                                                          | Realizar la solicitud de oxígeno domiciliario para usuarios y pacientes que así lo requieran mediante diagnóstico y autorización médica, de igual modo realizar proceso de seguimiento, evolución y ubicación de pacientes en abandono social en las USS de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. | No se presenta requerimiento en función.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | NO SE PRESENTA REQUERIMIENTO EN FUNCIÓN.                                                   |
| 5                                                          | Realizar los trámites respectivos para habitante de calle sin certificar, pacientes indocumentados, pacientes extranjeros según cada caso, de igual modo la gestión de identificación de los pacientes fallecidos en las diferentes USS de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.                  | Se desarrollan oportunamente las gestiones y trámites correspondientes al servicio de Trabajo Social en los servicios de hospitalización y urgencias, referidos a la atención de población vulnerable. Se atiende llamado de cada servicio intrahospitalario interconsultante, iniciándose la respectiva intervención.                                          | 2 RESPUESTA DE INTERCONSULTAS PACIENTE NN                                                  |
| 6                                                          | Realizar el ingreso en el aplicativo SIDMA de orientaciones grupales y de barreras de acceso identificadas durante la gestión diaria, con el fin de evaluar las dificultades de accesibilidad que pueden presentar los usuarios en los servicios de salud.                                                                  | Se diligencian 59 registros en el aplicativo SIDMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | (58) ESTUDIOS SOCIALES DE CASO, SUBIDOS A LAS BASES DE DATOS SIDMA                         |
| 7                                                          | Hacer seguimiento a Gestantes con dificultades administrativas por afiliación en otros municipios, realizando la orientación respectiva.                                                                                                                                                                                    | Se orientan a las madres gestantes en el proceso de afiliación o dependiendo la situación socio económica en que este se le realiza estudios social de caso e instrumento provisional, también se reporta a primer nivel por medio de ficha SIVIM.                                                                                                              | DILIGENCIAMIENTO Y ENTREGA DE FICHA SIVIM                                                  |
| 8                                                          | Asistir técnicamente, asesorar y capacitar a los usuarios en las acciones colectivas e individuales para la exigibilidad del derecho a la salud y aplicar las encuestas de satisfacción asignadas al proceso.                                                                                                               | Se realiza sensibilización a usuarios de manera mensual permitiendo que ellos sepan sus deberes en salud y que los puedan exigir y se realizan 22 encuestas de satisfacción en consulta externa programa plan canguro.                                                                                                                                          | (13) ENCUESTAS DE VALORACIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN SALUD                           |
| 9                                                          | Gestionar la ubicación de pacientes en abandono social, realizando contacto con Secretaría Distrital de Integración Social y/o entidades que reciban esta población.                                                                                                                                                        | Se realiza gestión de ubicación para 3 paciente en condición de abandono social                                                                                                                                                                                                                                                                                 | (2) PACIENTES REMITIDOS POR ABANDONO SOCIAL ANTE SECRETARÍA DE SALUD - INTEGRACIÓN SOCIAL. |
| 10                                                         | Prestar el servicio de conformidad con la programación acordada con el supervisor del contrato, para el desarrollo de sus actividades. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato                                                                                      | Se da respuesta a las actividades acordadas, y a los horarios establecidos por el supervisor del contrato.                                                                                                                                                                                                                                                      | Archivos diligenciados                                                                     |

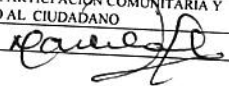
Observaciones:

Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL.  
En caso de tener contrato nuevo se debe anexar también la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro

Wilson Moreno  
Firma del Contratista

C.C. 1.073.690.590 de SOACHA

**VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS**

|         |                                                                                     |
|---------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| NOMBRE: | MARCELA CASTELLANOS CABRERA                                                         |
| CARGO:  | JEFE DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO                           |
| FIRMA:  |  |



# Simple

## Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información: 900087333-9  
 Razón Social del Operador de Información: SIMPLE S.A.  
 Descripción: Pago de Seguridad Social  
 Fecha: 2020-09-19, 12:05:20 AM en horario extendido  
 Período de Cotización Otros Riesgos: agosto de 2020  
 Período de Cotización Para Salud: agosto de 2020  
 Empresa: WILSON ENRIQUE MORENO GARZÓN  
 CEDULA CIUDADANIA: CC 1073690590  
 Código Sucursal (Nombre): ( )  
 Referencia de Pago/ Número Planilla: 1032638797  
 Tipo de Planilla: I  
 Número Transacción Bancaria/ CUS: 747052067  
 Banco: (1032) - BANCO CAJA SOCIAL  
 Valor: \$ 406.300  
 Estado de la Transacción: Aprobada  
 Dirección IP de Origen: 10.42.20.1

| Nit            | Código | Administradora                     | Número Afiliados | Valor sin More | Total Intereses More |
|----------------|--------|------------------------------------|------------------|----------------|----------------------|
| N800224808     | 230301 | PORVENIR                           | 1                | \$ 210.100     | \$ 0                 |
| N599999107     | EPSC22 | EPS-S CONVIDA                      | 1                | \$ 164.200     | \$ 0                 |
| N860031153     | 14-23  | ARP - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS | 1                | \$ 32.000      | \$ 0                 |
| SubTotales:    |        |                                    |                  | \$ 406.300     | \$ 0                 |
| Total a Pagar: |        |                                    |                  |                | \$ 406.300           |

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Call: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 -  
 Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!



1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: 3953-2020 C.D.P. No.: 771 Proceso al que pertenece: PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO  
Unidad a la que pertenece: UMHES SANTA CLARA  
Nombre del Contratista: LEIDY YANETH JEJEN RINCON C.C. 1.096.950.346 de: MALAGA SANTANDER  
Fecha Inicio: 2020-04-01 Fecha Terminación inicial: 2020-04-30 Valor Mensual: \$ 3.282.642 Valor a cobrar: \$ 431.054

| ADICIÓN/OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP  | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|-----------------|---------------|------|-----------------|----------------------|
| 1               | \$ 6.300.020  | 771  | 2020-05-01      | 2020-06-26           |
| 2               | \$ 3.282.642  | 1819 | 2020-06-27      | 2020-07-26           |
| 3               | \$ 3.282.642  | 2185 | 2020-07-26      | 2020-08-26           |
| 4               | \$ 2.917.904  | 2915 | 2020-08-27      | 2020-09-26           |
| 5               |               |      |                 |                      |
| 6               |               |      |                 |                      |
| 7               |               |      |                 |                      |
| 8               |               |      |                 |                      |
| 9               |               |      |                 |                      |
| 10              |               |      |                 |                      |
| 11              |               |      |                 |                      |
| 12              |               |      |                 |                      |
| 13              |               |      |                 |                      |
| 14              |               |      |                 |                      |
| 15              |               |      |                 |                      |
| 16              |               |      |                 |                      |
| 17              |               |      |                 |                      |
| 18              |               |      |                 |                      |
| 19              |               |      |                 |                      |
| 20              |               |      |                 |                      |
| 21              |               |      |                 |                      |
| 22              |               |      |                 |                      |

| N° CTA | MES DE CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR | VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL | NÚMERO DE PLANILLA |
|--------|------------------------|---------------|-----------------------------|--------------------|
| 1      | ABRIL 2020             | \$ 3.282.642  | \$ 289.300                  | 41899850           |
| 2      | MAYO 2020              | \$ 3.282.642  | \$ 262.200                  | 42522573           |
| 3      | JUNIO 2020             | \$ 3.282.642  | \$ 262.700                  | 42939009           |
| 4      | JULIO 2020             | \$ 3.083.694  | \$ 433.000                  | 43990491           |
| 5      | AGOSTO 1-26            | \$ 2.851.588  | \$ 433.000                  | 44357169           |
| 6      | AGOSTO 27 AL 31        | \$ 431.054    | \$ 433.000                  | 44357169           |
| 7      |                        |               |                             |                    |
| 8      |                        |               |                             |                    |
| 9      |                        |               |                             |                    |
| 10     |                        |               |                             |                    |
| 11     |                        |               |                             |                    |
| 12     |                        |               |                             |                    |
| 13     |                        |               |                             |                    |
| 14     |                        |               |                             |                    |
| 15     |                        |               |                             |                    |
| 16     |                        |               |                             |                    |
| 17     |                        |               |                             |                    |
| 18     |                        |               |                             |                    |
| 19     |                        |               |                             |                    |
| 20     |                        |               |                             |                    |
| 21     |                        |               |                             |                    |
| 22     |                        |               |                             |                    |

| Resumen de contrato | VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---------------------|----------------------------|--------------------------|------------------|--------------------|
|                     | \$ 3.282.642               | \$ 19.065.850            | \$ 16.214.262    | \$ 2.851.588       |

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES, DE MANERA PERSONAL Y AUTÓNOMA, EN SU CONDICIÓN DE TRABAJADOR SOCIAL, PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS DE APOYO AL ÁREA ASISTENCIAL Y DEMÁS ASIGNADAS, 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.

Relación de actividades para el periodo: Desde: 2020-08-01 Hasta: 2020-08-31

|   | OBLIGACIONES ESPECÍFICAS<br>(Las estipuladas en la minuta)                                                                                                                                                                                                                                                                  | DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                        |
|---|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN                                                                                                                                                                                                             | PRODUCTO O EVIDENCIA                                                                                                                                                   |
| 1 | Realizar la Orientación, Direccionamiento y/o aclaraciones acerca de trámites administrativos necesarios para recibir atención en Salud.                                                                                                                                                                                    | A diario se realiza Orientación, direccionamiento y/o aclaraciones acerca de trámites administrativos necesarios para recibir atención en Salud a los usuarios que acuden a UMHES SANTA CLARA                                                                                          | Atención presencial en la oficina de Trabajo Social de Lunes a Viernes y turnos según calendario fines de semana                                                       |
| 2 | Realizar el ingreso y actualización permanente en base de datos interna de pacientes en abandono social, población extranjera, habitante de calle e instrumentos provisionales que se lleven a cabo, mediante la gestión realizada desde el área de Trabajo Social                                                          | A diario se Ingresan y actualiza la base de datos interna de pacientes en abandono social, población extranjera, habitante de calle e instrumentos provisionales que se lleven a cabo, mediante la gestión realizada desde el área de Trabajo Social.                                  | Drive actualizado a la fecha, indicando datos personales del paciente como gestión realizada                                                                           |
| 3 | Hacer seguimiento a censo hospitalario diario destinado a identificar y disminuir barreras de acceso, dificultades de aseguramiento y situaciones de vulnerabilidad social; registrar en el formato establecido para dicha actividad y reportar a la OFICINA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO              | A diario se hace seguimiento a censo hospitalario destinado a identificar y disminuir barreras de acceso, dificultades de aseguramiento y situaciones de vulnerabilidad social.                                                                                                        | Drive actualizado a la fecha, indicando datos personales del paciente como gestión realizada por trabajo social donde se describe redes de apoyo sociales y familiares |
| 4 | Realizar la solicitud de oxígeno domiciliario para usuarios y pacientes que así lo requieran mediante diagnóstico y autorización médica, de igual modo realizar proceso de seguimiento, evolución y ubicación de pacientes en abandono social en las USS de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. | Cuando es requerido por los médicos hospitalarios y médicos internistas se realiza el respectivo trámite pertinente para el oxígeno domiciliario de los pacientes que se encuentran hospitalizados, además se realiza el debido proceso para quienes se encuentran en abandono social. | En articulación con la oficina de autorizaciones se realiza trámite de oxígeno con registro de gestión en Dinámica Gerencial                                           |
| 5 | Realizar los trámites respectivos para habitante de calle sin certificar, pacientes indocumentados, pacientes extranjeros según cada caso, de igual modo la gestión de identificación de los pacientes fallecidos en las diferentes USS de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.                  | Cuando se presenta ingreso de ciudadanos habitantes de calle a la UMHES SANTA CLARA se realiza gestión a con SECRETARÍA DISRITAL DE INTEGRACIÓN SOCIAL, a fin de certificar dicha población                                                                                            | Soporte correo electrónico tsesantaclara@gmail.com, donde se envían las solicitudes para la respectiva caracterización                                                 |
| 6 | Realizar el ingreso en el aplicativo SIDMA de orientaciones grupales y de barreras de acceso identificadas durante la gestión diaria, con el fin de evaluar las dificultades de accesibilidad que pueden presentar los usuarios en los servicios de salud                                                                   | A diario se Ingreso en el aplicativo SIDMA las orientaciones grupales y barreras de acceso identificadas                                                                                                                                                                               | Soporte aplicativo SIDMA                                                                                                                                               |

|    |                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                             |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 7  | Hacer seguimiento a Gestantes con dificultades administrativas por afiliación en otros municipios, realizando la orientación respectiva                                                                                                 | Cuando fue requerido se realizó Seguimiento a Gestantes con dificultades administrativas por afiliación                                                                                                                                                                                                                            | Evidencia en notas de historia clínica en Dinámica gerencial, correo electrónico de reporteparticularea@sanclara@gmail.com y grupo whatsapp de trabajo social, autorizaciones y facturación |
| 8  | Asistir técnicamente, asesorar y capacitar a los usuarios en las acciones colectivas e individuales para la exigibilidad del derecho a la salud y aplicar las encuestas de satisfacción asignadas al proceso                            | A través de la atención presencial se realiza capacitaciones a los usuarios y familiares sobre derechos y deberes                                                                                                                                                                                                                  | En el mes de junio se sensibilizó a redes de apoyo sociales y familiares sobre circular 036 - restricción de visitas y se entregan encuestas que se realiza a familiares de pacientes       |
| 9  | Gestionar la ubicación de pacientes en abandono social, realizando contacto con Secretaría Distrital de Integración Social y/o entidades que reciban esta población                                                                     | Durante la vigencia se realiza ubicación de los pacientes de acuerdo a sus características, al igual se informó a través de oficios por orfeo a las instituciones pertinentes                                                                                                                                                      | Orfeo - drive de TSESESANTACLARA@GMAIL.COM                                                                                                                                                  |
| 10 | Prestar el servicio de conformidad con la programación acordada con el supervisor del contrato, para el desarrollo de sus actividades. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato. | Se asistió a las reuniones programadas por el supervisor del contrato, y se realizaron todas aquellas acciones de carácter administrativo que conlleven al cumplimiento de su objetivo contractual y atender a las demás funciones que sean asignadas en la realización del objeto contractual. - NO SE CUENTA CON ORFEOS ABIERTOS | Actas de reunión                                                                                                                                                                            |

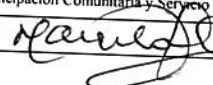
Observaciones : NO SE REALIZÓ TURNO

Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL.  
En caso de tener contrato nuevo se debe anexar también la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro.

C.C. 1.096.950.346 de MALAGA SANTANDER

Firma del Contratista

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS

|         |                                                                                   |
|---------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| NOMBRE: | MARCELA CASTELLANOS CABRERA                                                       |
| CARGO:  | Jefe de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano                         |
| FIRMA   |  |

| DATOS DEL APORTANTE   |                    |                       |                                                 |              |                      |                                           |
|-----------------------|--------------------|-----------------------|-------------------------------------------------|--------------|----------------------|-------------------------------------------|
| TIPO                  | NÚMERO             | NOMBRE APORTANTE      | DIRECCIÓN                                       | TELÉFONO     | CORREO               | EXONERADO PAGO<br>PARAFISCALES Y<br>SALUD |
| CC                    | 129482346          | LEONARDO VARELA RAMON | BOGOTÁ 37-45 SUR<br>BARRIO LA CA<br>111-111-111 | 1294467      | LEONARDO VARELA<br>V |                                           |
| FORMA<br>PRESENTACIÓN | CLASE<br>APORTANTE | NOMBRE<br>SUCURSAL    | CÓDIGO                                          | DEPARTAMENTO | CUIDAD / MUNICIPIO   |                                           |
| CCA                   | 129482346          |                       |                                                 | BOGOTÁ D.C.  | BOGOTÁ D.C.          | NO                                        |

[illegible][illegible]

| TOTALES RIESGOS LABORALES |                      |             |                        |                 |       |                          |                          |              |                          |                        |                              |                        |                      |               |              |
|---------------------------|----------------------|-------------|------------------------|-----------------|-------|--------------------------|--------------------------|--------------|--------------------------|------------------------|------------------------------|------------------------|----------------------|---------------|--------------|
| Código ARL                | Nombre               | NIT         | Cotización Obligatoria | Incapacidades   |       | Apoyes Otros<br>Sistemas | Valor Neto<br>Cotización | Días<br>Mora | Valor Mora<br>Cotización | Subtotal<br>Cotización | No Radicado<br>Saldo a Favor | Valor Saldo a<br>Favor | Fondo<br>Solidaridad | Total a Pagar | No Afiliados |
|                           |                      |             |                        | No Autorización | Valor |                          |                          |              |                          |                        |                              |                        |                      |               |              |
| 147                       | Seguros Bolívar S.A. | 669009503-2 | 32.100                 |                 |       |                          | 32.100                   | 0            | 0                        | 32.100                 |                              |                        | 32.100               |               |              |

| TOTALES CAJAS |                 |            |              |           |                   |               |               |
|---------------|-----------------|------------|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Código CCF    | Nombre          | NIT        | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| CCF24         | Comunidad Cajas | 85556672-7 | 26.300       | 0         | 0                 | 26.300        | 1             |

| TOTALES PARAFISCALES |           |                   |               |               |
|----------------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Valor Aporte         | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| SENA                 |           |                   |               |               |
| 2                    | 0         | 0                 | 0             | 0             |
| ICBF                 |           |                   |               |               |
| 0                    | 0         | 0                 | 0             | 0             |
| ESAP                 |           |                   |               |               |
| MEN                  |           |                   |               |               |
| TOTALES              |           |                   |               |               |
| 2                    | 0         | 0                 | 0             | 0             |

| TOTALES POR SUBSISTEMA |                                |                                     |                |
|------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|----------------|
| Tipo Administradora    | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRT y Mora | Total a Pagar  |
| SAJAL                  | 1                              | \$64,322                            | \$64,322       |
| SECTSA                 | 1                              | 215,322                             | 215,322        |
| SECTSA Laportevia      | 1                              | 32,100                              | 32,100         |
| COF                    | 1                              | 26,322                              | 26,322         |
| ESAP                   | 1                              | 0                                   | 0              |
| ICSA                   | 0                              | 0                                   | 0              |
| VEN                    | 0                              | 0                                   | 0              |
| SEMA                   | 0                              | 0                                   | 0              |
| <b>TOTALES</b>         | <b>4</b>                       | <b>438,066</b>                      | <b>438,066</b> |

|               |               |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|---------------|---------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| Total a Pagar | No. Afiliados | 67 | 68 | 69 | 70 | 71 | 72 | 73 | 74 | 75 | 76 | 77 | 78 | 79 | 80 | 81 | 82 | 83 | 84 |
|---------------|---------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|



| DATOS DEL APORTANTE                 |                 |                        |                                 |              |                        |  |
|-------------------------------------|-----------------|------------------------|---------------------------------|--------------|------------------------|--|
| TIPO                                | NUMERO          | HOMBRE APORTANTE       | DIRECCION                       | TELEFONO     | CORREO                 |  |
| CC                                  | 14453216        | LEON VALENTE JERONIMON | CAR 33 37 41 SUR<br>BOGOTÁ D.C. | 734-587      | LEONVALENTE@HOTMAIL.CO |  |
| FORMA PRESENTACION                  | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL        | CODIGO                          | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO     |  |
| UNICA                               | 1 - FORMAL      |                        |                                 | BOGOTÁ D.C.  | BOGOTÁ D.C.            |  |
| EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |                 |                        |                                 |              |                        |  |
| NO                                  |                 |                        |                                 |              |                        |  |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                      |               |                             |                 |
|----------------------|--------------------------------------|---------------|-----------------------------|-----------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA<br>(DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO<br>(DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA |
| PERIODO SALDO        | PERIODO PENSIONES                    |               |                             |                 |
| 2020-09              | 2020-09                              |               |                             |                 |
|                      |                                      |               |                             | CANTIDAD        |
|                      |                                      |               |                             | EMPLEADOS       |
|                      |                                      |               |                             | UPC             |
|                      |                                      |               |                             | 0               |
|                      |                                      |               |                             | TOTAL A PAGAR   |
|                      |                                      |               |                             | 5033 000        |

**DETALLE POR COTIZANTE**

[illegible]

|                                     |                                                           |
|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS |                                                           |
| NOMBRE:                             | MARCELA CASTELLANOS CABRERA                               |
| CARGO:                              | JEFE DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO |
| FIRMA                               |                                                           |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL. En caso de tener contrato nuevo se debe anexar también la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro.</p> <p>C.C. 20.587.550 de GACHETA</p> <p>Firma del Contratista</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <p>Observaciones:</p> <p>10 Asistir a las reuniones programadas por el supervisor del contrato, realizar todas aquellas acciones de carácter administrativo que conlleven al cumplimiento de su objeto contractual y atender a las demás funciones que sean asignadas en la realización del objeto contractual. Contar en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.</p> <p>9 Brindar apoyo y orientación a familiares de pacientes hospitalizados, dando cumplimiento a los protocolos dispuestos en la circular 036-2020.</p> | <p>Se da respuesta a las actividades acordadas, y a los horarios establecidos por el supervisor del contrato.</p> <p>Se cumple a diario las actividades suscritas en contrato, horario establecido y adicionales que se programen al interior de la Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano</p> <p>05 seguimientos a plan canguro ambulatorio</p> <p>se brinda apoyo en orientación en seguimiento a plan canguro</p> |

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: PS-3955-2020 C.D.P. No.: 771 Proceso al que pertenece: Participación comunitaria y servicio al ciudadano  
Unidad a la que pertenece: UMHES SAN BLAS - CONVENIO 692  
Nombre del Contratista: FABIO NELSON LOPEZ VIUCHE C.C. 80.723.517 de: BOGOTA  
Fecha Inicio: 2020-01-04 Fecha Terminación inicial: 2020-07-30 Valor Mensual: \$ 3.282.642 Valor a cobrar: \$ 431.054

| ADICIÓN/<br>OTRO SI | VALOR<br>ADICIÓN | CDP  | FECHA DE<br>INICIO | FECHA DE<br>TERMINACIÓN |
|---------------------|------------------|------|--------------------|-------------------------|
| 1                   | \$ 6.300.020     | 1091 | 2020-05-01         | 2020-06-26              |
| 2                   | \$ 3.282.642     | 1819 | 2020-06-27         | 2020-07-26              |
| 3                   | \$ 3.282.642     | 2185 | 2020-07-26         | 2020-08-26              |
| 4                   | \$ 3.116.852     | 2915 | 2020-08-27         | 2020-09-26              |
| 5                   |                  |      |                    |                         |
| 6                   |                  |      |                    |                         |
| 7                   |                  |      |                    |                         |
| 8                   |                  |      |                    |                         |
| 9                   |                  |      |                    |                         |
| 10                  |                  |      |                    |                         |
| 11                  |                  |      |                    |                         |
| 12                  |                  |      |                    |                         |
| 13                  |                  |      |                    |                         |
| 14                  |                  |      |                    |                         |
| 15                  |                  |      |                    |                         |
| 16                  |                  |      |                    |                         |
| 17                  |                  |      |                    |                         |
| 18                  |                  |      |                    |                         |
| 19                  |                  |      |                    |                         |
| 20                  |                  |      |                    |                         |
| 21                  |                  |      |                    |                         |
| 22                  |                  |      |                    |                         |

| N°<br>CTA | MES DE CUENTA<br>DE COBRO | VALOR A<br>PAGAR | VALOR PAGO<br>SEGURIDAD<br>SOCIAL | NÚMERO DE PLANILLA |
|-----------|---------------------------|------------------|-----------------------------------|--------------------|
| 1         | ABRIL-2020                | \$ 3.282.642     | \$ 394.500                        | 1029287820         |
| 2         | MAYO-2020                 | \$ 3.282.642     | \$ 228.800                        | 1029879613         |
| 3         | JUNIO-2020                | \$ 3.282.642     | \$ 235.600                        | 1030697232         |
| 4         | JULIO-2020                | \$ 3.282.642     | \$ 406.300                        | 1031137266         |
| 5         | AGOSTO 1 -26              | \$ 2.851.588     | \$ 406.300                        | 1032029671         |
| 6         | AGOSTO 27 -31             | \$ 431.054       | \$ 406.300                        | 1032029671         |
| 7         |                           |                  |                                   |                    |
| 8         |                           |                  |                                   |                    |
| 9         |                           |                  |                                   |                    |
| 10        |                           |                  |                                   |                    |
| 11        |                           |                  |                                   |                    |
| 12        |                           |                  |                                   |                    |
| 13        |                           |                  |                                   |                    |
| 14        |                           |                  |                                   |                    |
| 15        |                           |                  |                                   |                    |
| 16        |                           |                  |                                   |                    |
| 17        |                           |                  |                                   |                    |
| 18        |                           |                  |                                   |                    |
| 19        |                           |                  |                                   |                    |
| 20        |                           |                  |                                   |                    |
| 21        |                           |                  |                                   |                    |
| 22        |                           |                  |                                   |                    |

| Resumen de<br>contrato | VALOR INICIAL<br>DEL<br>CONTRATO | VALOR TOTAL<br>DEL CONTRATO | PAGOS<br>REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|------------------------|----------------------------------|-----------------------------|---------------------|--------------------|
|                        | \$ 3.282.642                     | \$ 19.264.798               | \$ 16.413.210       | \$ 2.851.588       |

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO DE MANERA PERSONAL Y AUTÓNOMA, EN SU CONDICIÓN DE PROFESIONAL UNIVERSITARIO DEL AREA DE LA SALUD, PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DE LA OFICINA DE OFICINA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Relación de actividades para el periodo: Desde: 2020-08-27 Hasta: 2020-08-31

|   | OBLIGACIONES ESPECÍFICAS<br>(Las estipuladas en la minuta)                                                                                                                                                                                                                                                                  | DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                   |
|---|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERÍODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN                                                                                                                                                                                                             | PRODUCTO O EVIDENCIA                                                                                                                                                                                                                              |
| 1 | Realizar la Orientación, Direccionamiento y/o aclaraciones acerca de trámites administrativos necesarios para recibir atención en Salud.                                                                                                                                                                                    | A diario se realiza Orientación, direccionamiento y/o aclaraciones acerca de trámites administrativos necesarios para recibir atención en Salud a los usuarios que acuden a UMHES SAN BLAS                                                                                             | Atención presencial en la oficina de Trabajo Social de Lunes a Viernes                                                                                                                                                                            |
| 2 | Realizar el ingreso y actualización permanente en base de datos interna de pacientes en abandono social, población extranjera, habitante de calle o instrumentos provisionales que se lleven a cabo, mediante la gestión realizada desde el área de Trabajo Social                                                          | A diario se Ingresa y actualiza la base de datos interna de pacientes en abandono social, población extranjera, habitante de calle e instrumentos provisionales que se lleven a cabo, mediante la gestión realizada desde el área de Trabajo Social.                                   | Drive actualizado a la fecha, indicando datos personales del paciente como gestión realizada                                                                                                                                                      |
| 3 | Hacer seguimiento a censo hospitalario diario destinado a identificar y disminuir barreras de acceso, dificultades de aseguramiento y situaciones de vulnerabilidad social; registrar en el formato establecido para dicha actividad y reportar a la OFICINA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO              | A diario se hace seguimiento a censo hospitalario destinado a identificar y disminuir barreras de acceso, dificultades de aseguramiento y situaciones de vulnerabilidad social.                                                                                                        | Drive actualizado a la fecha, indicando datos personales del paciente como gestión realizada por trabajo social donde se describe redes de apoyo sociales y familiares de los pacientes de los servicios de San Rafael I, II Y III, Y Santa María |
| 4 | Realizar la solicitud de oxígeno domiciliario para usuarios y pacientes que así lo requieran mediante diagnóstico y autorización médica, de igual modo realizar proceso de seguimiento, evolución y ubicación de pacientes en abandono social en las USS de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. | Cuando es requerido por los médicos hospitalarios y médicos internistas se realiza el respectivo trámite pertinente para el oxígeno domiciliario de los pacientes que se encuentran hospitalizados, además se realiza el debido proceso para quienes se encuentran en abandono social. | En articulación con la oficina de autorizaciones se realiza trámite de oxígeno con registro de gestión en Dinámica Gerencial                                                                                                                      |
| 5 | Realizar los trámites respectivos para habitante de calle sin certificar, pacientes indocumentados, pacientes extranjeros según cada caso, de igual modo la gestión de identificación de los pacientes fallecidos en las diferentes USS de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E                   | Cuando se presenta ingreso de ciudadanos habitantes de calle a la UMHES SANTA CLARA se realiza gestión a con SECRETARÍA DISRITAL DE INTEGRACIÓN SOCIAL, a fin de certificar dicha población                                                                                            | Soporte correo electrónico tsesesantaclara@gmail.com, donde se envían las solicitudes para la respectiva caracterización                                                                                                                          |
| 6 | Realizar el ingreso en el aplicativo SIDMA de orientaciones grupales y de barreras de acceso identificadas durante la gestión diaria, con el fin de evaluar las dificultades de accesibilidad que pueden presentar los usuarios en los servicios de salud                                                                   | A diario se Ingreso en el aplicativo SIDMA las orientaciones grupales y barreras de acceso identificadas                                                                                                                                                                               | Soporte aplicativo SIDMA                                                                                                                                                                                                                          |

|    |                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                            |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 7  | Hacer seguimiento a Gestantes con dificultades administrativas por afiliación en otros municipios, realizando la orientación respectiva                                                                                                 | Cuando fue requerido se realizó Seguimiento a Gestantes con dificultades administrativas por afiliación                                                                                                                                                                                                                           | Evidencia en notas de historia clínica en Dinámica gerencial, correo electrónico de reporteparticulassantaclara@gmail.com y grupo whatsapp de trabajo social, autorizaciones y facturación |
| 8  | Asistir técnicamente, asesorar y capacitar a los usuarios en las acciones colectivas e individuales para la exigibilidad del derecho a la salud y aplicar las encuestas de satisfacción asignadas al proceso                            | A través de la atención presencial se realiza capacitaciones a los usuarios y familiares sobre derechos y deberes                                                                                                                                                                                                                 | En el mes de mayo se sensibilizó a redes de apoyo sociales y familiares sobre circular 036 - restricción de visitas de los pacientes de San Rafael I, II y III y de Santa María            |
| 9  | Gestionar la ubicación de pacientes en abandono social, realizando contacto con Secretaría Distrital de Integración Social y/o entidades que reciban esta población                                                                     | Durante la vigencia se realiza ubicación de los pacientes de acuerdo a sus características, al igual se informa a través de oficios por oficio a las instituciones pertinentes                                                                                                                                                    | Oficio - drive de largastanciassantaclara@gmail.com                                                                                                                                        |
| 10 | Prestar el servicio de conformidad con la programación acordada con el supervisor del contrato, para el desarrollo de sus actividades. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato. | Se asistió a las reuniones programadas por el supervisor del contrato, y se realizaron todas aquellas acciones de carácter administrativo que conlleven al cumplimiento de su objetivo contractual y atender a las demás funciones que sean asignadas en la realización del objeto contractual. - NO SE CUENTA CON RFEOS ABIERTOS | Actas de reunión                                                                                                                                                                           |

Observaciones:

Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL.

En caso de tener contrato nuevo se debe anexar también la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro

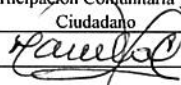
C.C.

80.723.517

de

BOGOTÁ

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS

|         |                                                                                   |
|---------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| NOMBRE: | MARCELA CASTELLANOS CABRERA                                                       |
| CARGO:  | Jefe de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano                         |
| FIRMA   |  |

Simple

PAGOSIMPLE

AUTOLIQUIDACION  
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2020-09-07, 03:50:22 PM

Tipo Planilla:

I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla: 1032371936

Período Cotización: agosto de 2020 Período Servicio: agosto de 2020 Referencia pago (PIN): 8527999980

PAGADO 07/09/2020

## I. DATOS DEL APORTANTE

|                     |                           |
|---------------------|---------------------------|
| Razón Social        | FABIO NELSON LOPEZ VIUCHE |
| Documento           | CC80723517                |
| Tipo de Empresa     | INDEPENDIENTE             |
| Tipo Persona        | NATURAL                   |
| Ciudad              | BOGOTÁ D.C.               |
| Representante Legal |                           |
| Total Afiliados     | 1                         |
| Dirección           | CR 17H #70 B - 24 SUR     |
| Teléfono            | 3138698265                |
| Forma Presentación  | ÚNICO                     |
| Departamento        | BOGOTÁ D.C.               |
| Identificación      |                           |
| ARP                 | SEGUROS BOLIVAR           |

## II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado |                     |                 |                    | Novedades |    |    |    |    |    |    |    |    |    | Pensiones       |          |          | Salud           |          |              | Riesgos |            |                | Cajas          |         |             |                | Parafiscales   |                |                | Total          |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |
|--------------------|---------------------|-----------------|--------------------|-----------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----------------|----------|----------|-----------------|----------|--------------|---------|------------|----------------|----------------|---------|-------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| Identificación     | Apellidos y Nombres | Tipo Cotización | Subtipo Cotización | OT        | ET | ET | ET | ET | ET | ET | ET | ET | ET | Administradores | BC Pende | BC Pende | Administradores | BC Salud | Aporte Salud | Tarifa  | BC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | BC Caja | Aporte Caja | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora | Administradora |

## III. TOTALES

|              |              |              |           |                 |               |                 |               |              |              |              |                       |                                               |                   |                                |                         |             |
|--------------|--------------|--------------|-----------|-----------------|---------------|-----------------|---------------|--------------|--------------|--------------|-----------------------|-----------------------------------------------|-------------------|--------------------------------|-------------------------|-------------|
| IBC Pensión  | IBC Salud    | IBC Riesgos  | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sana | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | Disposiciones, Licencias, Salidos a Favor EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
| \$ 1.313.057 | \$ 1.313.057 | \$ 1.313.057 | \$ 0      | \$ 210.100      | \$ 164.200    | \$ 32.000       | \$ 0          | \$ 0         | \$ 0         | \$ 0         | \$ 0                  | \$ 0                                          | \$ 0              | \$ 408.300                     | \$ 0                    | \$ 408.300  |

*Adriana*  
agosto 2020



### 1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: PS 3643 2020 C.D.P. No.: 295 Proceso al que pertenece: PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO  
 Unidad a la que pertenece: SAN JOSE OBRERO (CONVENIO 692)  
 Nombre del Contratista: JULIO CESAR CORREA JAIME C.C. 79.467.036 de: BOGOTÁ D.C.  
 Fecha Inicio: 2020-02-12 Fecha Terminación Inicial: 2020-04-03 Valor Mensual: \$ 1.455.000 Valor a cobrar: \$ 194.000

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP  | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|------------------|---------------|------|-----------------|----------------------|
| 1                | \$ 1.455.000  | 561  | 2020-03-05      | 2020-04-03           |
| 2                | \$ 1.115.500  | 759  | 2020-04-03      | 2020-04-26           |
| 3                | \$ 2.910.000  | 1091 | 2020-04-26      | 2020-06-26           |
| 4                | \$ 1.455.000  | 1819 | 2020-06-26      | 2020-07-26           |
| 5                | \$ 1.455.000  | 2185 | 2020-07-26      | 2020-08-26           |
| 6                | \$ 1.455.000  | 2915 | 2020-08-27      | 2020-09-26           |
| 7                |               |      |                 |                      |
| 8                |               |      |                 |                      |
| 9                |               |      |                 |                      |
| 10               |               |      |                 |                      |
| 11               |               |      |                 |                      |
| 12               |               |      |                 |                      |
| 13               |               |      |                 |                      |

| Nº CTA | MES DE CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR | VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL | NÚMERO DE PLANILLA |
|--------|------------------------|---------------|-----------------------------|--------------------|
| 1      | FEBRERO                | \$ 921.500    | \$ 0                        | 0                  |
| 2      | MARZO                  | \$ 1.455.000  | \$ 275.000                  | 9403346754         |
| 3      | ABRIL                  | \$ 1.455.000  | \$ 271.700                  | 9404377198         |
| 4      | MAYO                   | \$ 1.455.000  | \$ 157.600                  | 9405481768         |
| 5      | JUNIO                  | \$ 1.455.000  | \$ 157.600                  | 9406616145         |
| 6      | JULIO                  | \$ 1.455.000  | \$ 271.700                  | 9407687363         |
| 7      | AGOSTO 1-26            | \$ 1.261.000  | \$ 271.700                  | 9408762051         |
| 8      | AGOSTO 27-31           | \$ 194.000    | \$ 271.700                  | 9408762051         |
| 9      |                        |               |                             |                    |
| 10     |                        |               |                             |                    |
| 11     |                        |               |                             |                    |
| 12     |                        |               |                             |                    |
| 13     |                        |               |                             |                    |

| Resumen de contrato | VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---------------------|----------------------------|--------------------------|------------------|--------------------|
|                     | \$ 1.067.000               | \$ 10.912.500            | \$ 9.651.500     | \$ 1.261.000       |

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

OBJETO DEL CONTRATO  
 PRESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO DE MANERA PERSONAL Y AUTÓNOMA, PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS EN EL PROCESO DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. EN EL MARCO DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO 692 DE 2019.

Relación de actividades para el periodo: Desde: 2020-08-27 Hasta: 2020-08-31

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS<br>(Las estipuladas en la muestra)                                                                                                                                                                                                 | DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO                                                                                                                                                                                                              |                                                                                |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                             | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERÍODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN                                                                                                                                                              | PRODUCTO O EVIDENCIA                                                           |
| 1 Organización de usuarios en salas de espera teniendo en cuenta la normatividad vigente y la priorización de poblaciones.                                                                                                                                  | Se direcciona al usuario según la población si es usuario general o preferencial mediante el digiturno                                                                                                                                  | Evidencia se entrega a la referente del punto , la cual ella la carga al drive |
| 2 Orientación a usuarios en procedimientos de aseguramiento y vinculación al SGSSS.                                                                                                                                                                         | Se orienta al usuario como se debe afiliarse a una EPS-S cuando vienen con los niveles 1y2 y a EPS-C cuando tienen un puntaje mayor o sin encuesta sibén, igual se direcciona a trabajo social cuando son usuarios vulnerables.         | Evidencia se entrega a la referente del punto , la cual ella la carga al drive |
| 3 Orientación a los usuarios en procedimientos de interposición de PQRS.                                                                                                                                                                                    | Se orienta al usuario si desea interponer un queja que debe ser respetuosa y con todos los datos legibles.                                                                                                                              | Evidencia se entrega a la referente del punto , la cual ella la carga al drive |
| 4 Verificación de usuarios en bases de datos (Comprobador de Derechos, Cápita del Hospital en el sistema destinado para el registro de usuarios Fosya, DNP).                                                                                                | Se orienta al usuario como se debe afiliarse a una EPS-S cuando vienen con los niveles 1y2 y a EPS-C cuando tienen un puntaje mayor o sin encuesta sibén, igual se direcciona a trabajo social cuando son usuarios vulnerable, del mes. | Evidencia se entrega a la referente del punto , la cual ella la carga al drive |
| 5 Realización de encuestas y aplicación de formatos a los usuarios externos de acuerdo con las metas establecidas por la referencia de                                                                                                                      | Se realiza encuesta de satisfacción en las áreas de Consulta externa y urgencias.                                                                                                                                                       | Evidencia se entrega a la referente del punto , la cual ella la carga al drive |
| 6 Realizar charlas en salas de espera diariamente de acuerdo al cronograma establecido por la Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano, realizando el registro en los formatos establecidos.                                            | Se realiza charlas deberes y derechos en el area de consulta externa y urgencias a usuarios.                                                                                                                                            | Evidencia se entrega a la referente del punto , la cual ella la carga al drive |
| 7 Realizar el ingreso en el aplicativo SIDMA de orientaciones grupales y de barreras de acceso identificadas durante la gestión diaria, con el fin de evaluar las dificultades de accesibilidad que pueden presentar los usuarios en los servicios de salud | Se registra en el SIDMA de orientaciones grupales, individuales y barreras de acceso.                                                                                                                                                   | Evidencia se entrega a la referente del punto , la cual ella la carga al drive |
| 8 Dar a conocer la figura del defensor del ciudadano a la comunidad en general y en las salas de espera mediante el registro en los formatos establecidos                                                                                                   | Se realiza charla acerca de del defensor del ciudadano a los usuarios en consulta externa.                                                                                                                                              | Evidencia se entrega a la referente del punto , la cual ella la carga al drive |
| 9 Participar en las acciones que promuevan la defensa de lo público para promover la participación de los usuarios en los temas propios del sector salud.                                                                                                   | Se realiza esta actividad cuando somos convocados.                                                                                                                                                                                      | Evidencia se entrega a la referente del punto , la cual ella la carga al drive |
| 10 Entregar semanalmente los soportes de la gestión realizada de acuerdo a los lineamientos establecidos por la referencia de atención al usuario.                                                                                                          | Se entrega reporte de cuantos usuarios se atendieron en el digiturno, se aplicaron encuestas de satisfacción digitacion de encuestas, charlas realizadas deberes y derechos, triage.                                                    | Evidencia se entrega a la referente del punto , la cual ella la carga al drive |
| 11 Asistir técnicamente, asesorar y capacitar a los usuarios en las acciones colectivas e individuales para la exigibilidad del derecho a la salud.                                                                                                         | Se realiza en las charlas deberes y derechos.                                                                                                                                                                                           | Evidencia se entrega a la referente del punto , la cual ella la carga al drive |
| 12 Orientar a los usuarios que asisten a las diferentes USS de la Subred en el modelo de atención integral en salud.                                                                                                                                        | Orientar a los usuarios en el modelo de atención de la red integrada de salud.                                                                                                                                                          | Evidencia se entrega a la referente del punto , la cual ella la carga al drive |
| 13 Las demás funciones que sean asignadas en la realización del objeto contractual contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.                                                                         | Se realizaron las actividades asignadas acabadidad.                                                                                                                                                                                     | Evidencia se entrega a la referente del punto , la cual ella la carga al drive |

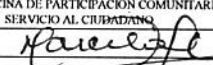
Observaciones:

Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL.

En caso de tener contrato nuevo se debe anclar también la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro

C.C. 79.467.036 de BOGOTÁ D.C.

Firma del Contratista

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS |                                                                                     |
|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| NOMBRE:                             | MARCELA CASTELLANOS CABRERA                                                         |
| CARGO:                              | JEFE DE OFICINA DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO                |
| FIRMA:                              |  |



# Planilla Resumen

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE |    |                          |                 |                    |                    |                     |          |                       |  |
|-------------------------------|----|--------------------------|-----------------|--------------------|--------------------|---------------------|----------|-----------------------|--|
| Identificación                | dv | Razon Social             | Clase Aportante | Sucursal Principal | Dirección          | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |  |
| CC 79467036                   |    | CORREA JAIME JULIO CESAR | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | CRA 41 8 SUR 1F 26 | BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.  | 5555555  | No                    |  |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION |          |           |          |            |            |                 |           |           |  |
|-----------------------------------|----------|-----------|----------|------------|------------|-----------------|-----------|-----------|--|
| Periodo                           | Clave    | Planilla  | Planilla | Fecha      | Pago       | Banco           | Días Mora | Valor     |  |
| 2020-08                           | 71376812 | 940835419 | 1        | 2020/09/09 | 2020/09/07 | BANCO DANVINDIA | 0         | \$271,700 |  |

| LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES         |                |               |              |               |              |              |              |              |              |              |              |              |              |              |              |               |               |
|------------------------------------------|----------------|---------------|--------------|---------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|---------------|---------------|
| EMPLEADO                                 |                | NOVEDADES     |              |               |              | PENSION      |              | SALUD        |              | CCF          |              | RIESGOS      |              | PARAFISCALES |              | Total Aportes |               |
| No.                                      | Identificación | Nombre        | Impresión    | Constitución  | Constitución | Constitución | Constitución | Constitución | Constitución | Constitución | Constitución | Constitución | Constitución | Constitución | Constitución | Constitución  | Total Aportes |
| <b>SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)</b> |                |               |              |               |              |              |              |              |              |              |              |              |              |              |              |               |               |
| Centro de Trabajo                        | PRINCIPAL      | (1 Afiliados) |              |               |              |              |              |              |              |              |              |              |              |              |              |               |               |
| Ciudad:                                  | BOGOTÁ         | Dpto:         | BOGOTÁ D.E.  | (1 Afiliados) |              |              |              |              |              |              |              |              |              |              |              |               |               |
| 1                                        | CC             | 79467036      | CORREA JAIME |               |              |              |              |              |              |              |              |              |              |              |              |               |               |
| <b>Total Afiliados: (1)</b>              |                |               |              |               |              |              |              |              |              |              |              |              |              |              |              |               |               |

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE |    |                          |                 |                    |                    |                     |          |                       |  |
|-------------------------------|----|--------------------------|-----------------|--------------------|--------------------|---------------------|----------|-----------------------|--|
| Identificación                | dv | Razon Social             | Clase Aportante | Sucursal Principal | Dirección          | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |  |
| CC 79467036                   |    | CORREA JAIME JULIO CESAR | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | CRA 41 8 SUR 1F 26 | BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.  | 5555555  | No                    |  |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION |          |           |          |            |            |                 |           |           |  |
|-----------------------------------|----------|-----------|----------|------------|------------|-----------------|-----------|-----------|--|
| Periodo                           | Clave    | Planilla  | Planilla | Fecha      | Pago       | Banco           | Días Mora | Valor     |  |
| 2020-08                           | 71376812 | 940835419 | 1        | 2020/09/09 | 2020/09/07 | BANCO DANVINDIA | 0         | \$271,700 |  |

| RESUMEN DE PAGO          |        |             |    |           |                  |                |                        |                  |  |
|--------------------------|--------|-------------|----|-----------|------------------|----------------|------------------------|------------------|--|
| RIESGO                   | CODIGO | NIT         | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO  | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR    |  |
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) |        |             |    | 1         | \$140,500        | \$0            | \$0                    | \$140,500        |  |
| COLPENSIONES             | 25-14  | 900,336,004 | 7  | 1         | \$140,500        | \$0            | \$0                    | \$140,500        |  |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) |        |             |    | 1         | \$21,400         | \$0            | \$0                    | \$21,400         |  |
| SEGUROS BOLIVAR          | 14-7   | 860,002,503 | 2  | 1         | \$21,400         | \$0            | \$0                    | \$21,400         |  |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) |        |             |    | 1         | \$109,800        | \$0            | \$0                    | \$109,800        |  |
| SALUD TOTAL              | EP5002 | 800,130,907 | 4  | 1         | \$109,800        | \$0            | \$0                    | \$109,800        |  |
| <b>TOTAL</b>             |        |             |    | <b>1</b>  | <b>\$271,700</b> | <b>\$0</b>     | <b>\$0</b>             | <b>\$271,700</b> |  |

*Handwritten signature and date: Agosto 2020*

| SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |       | CENTRO ORIENTE E.S.E                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                 |                      |       |     |                 |                      |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|----------------------|-------|-----|-----------------|----------------------|---|--|--|--|--|---|--|--|--|--|---|--|--|--|--|
| <b>1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO</b><br>APOYO - GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO<br>FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO<br>CÓDIGO: AP-1A-FT-014<br>VERSIÓN: 02<br>FECHA: 2020-05-04                                                                                                                                                                                                                                      |       | No. CONTRATO - OPS: PS CO 5225<br>C.D.P. No.: 2465<br>Proceso al que pertenece:                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                 |                      |       |     |                 |                      |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |
| Nombre del Contratista: DANIEL HERNANDO ROJAS GARZON<br>C.C.: 1.015.408.698<br>de: Bogotá D.C.<br>Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano<br>Centro Hospitalario Transitorio Cortés - Convenio N° COL. 1487512 DE 2020                                                                                                                                                                                            |       | Fecha Inicio: 2020-08-04<br>Fecha Terminación Inicial: 2020-08-18<br>Valor Mensual: \$ 1.499.900<br>Valor a cobrar: \$ 749.500                                                                                                                                                                                                                                                  |                 |                      |       |     |                 |                      |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |
| <b>2. INFORME DE ACTIVIDADES REALIZADAS Y AVANCE EN CUMPLIMIENTO DEL OBJETO DEL CONTRATO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |       | <b>Resumen de contrato</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                 |                      |       |     |                 |                      |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO: \$ 1.399.067<br>VALOR TOTAL DEL CONTRATO: \$ 1.399.067<br>PAGOS REALIZADOS: \$ 749.500<br>SALDO DEL CONTRATO: \$ 649.567                                                                                                                                                                                                                                                                        |       | <table border="1"> <thead> <tr> <th>ADICIÓN/ OTRO SI</th> <th>VALOR</th> <th>CDP</th> <th>FECHA DE INICIO</th> <th>FECHA DE TERMINACIÓN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> |                 | ADICIÓN/ OTRO SI     | VALOR | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN | 1 |  |  |  |  | 3 |  |  |  |  | 4 |  |  |  |  |
| ADICIÓN/ OTRO SI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | VALOR | CDP                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |       |     |                 |                      |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                 |                      |       |     |                 |                      |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |
| 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                 |                      |       |     |                 |                      |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |
| 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                 |                      |       |     |                 |                      |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |
| <b>OBJETO DEL CONTRATO</b><br>PESTAR SUS SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ATENCIÓN AL USUARIO - ORIENTADOR EN LAS INSTALACIONES DE EXPANSIÓN HOSPITALARIA - CORFERIAS, CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E EN CUMPLIMIENTO DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO N° COL. PCNTR. 1487512 DE 2020 ESTABLECIDO PARA ATENCIÓN Y MITIGACIÓN A LOS EFECTOS DE LA PANDEMIA COVID -19 |       | Relación de actividades para el periodo:<br>Desde: 2020-08-04<br>Hasta: 2020-08-18                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                 |                      |       |     |                 |                      |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |
| <b>DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO</b><br>ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |       | <b>OBLIGACIONES ESPECÍFICAS</b><br>(Las empresas en la norma)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                 |                      |       |     |                 |                      |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |
| Encuestas de satisfacción, diligencias a mano, que se encuentran archivados en el Centro Hospitalario Transitorio Cortés                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |       | 1 Realizar proceso de sensibilización registro y aplicación de encuestas a los usuarios de acuerdo a las indicaciones y compromisos con la coordinación                                                                                                                                                                                                                         |                 |                      |       |     |                 |                      |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |
| En las encuestas de satisfacción, aclarar sus conocimientos sobre los derechos y deberes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |       | 2 Organizar, orientar y registrar en los aplicativos requeridos por la dependencia, información suministrada y recolectada de acuerdo a la atención brindada a los usuarios frente a la prestación de servicios de salud, teniendo en cuenta los criterios de oportunidad, calidad y congruencia                                                                                |                 |                      |       |     |                 |                      |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |
| Capacitación de lavado de mano, capacitación de los, capacitación epidemiológica, capacitación de manejo de la intranet.                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |       | 3 Asistir a reuniones programadas a las que sean citadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                 |                      |       |     |                 |                      |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |
| no aplica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |       | 4 Reportar novedades a la coordinación sobre situaciones que se presenten y de igual modo informar con antelación no inferior a 15 días la solicitud de terminación o suspensión del contrato                                                                                                                                                                                   |                 |                      |       |     |                 |                      |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |
| Las horas cumplidas, en cada sector de trabajo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |       | 5 Desarrollar las actividades para el fortalecimiento de la organización y operación de Servicio de salud Centro Oriente E.S.E                                                                                                                                                                                                                                                  |                 |                      |       |     |                 |                      |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |
| Hospitalario Transitorio Cortés                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |       | 6 Las demás que designe el supervisor del contrato. Contendidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato                                                                                                                                                                                                                            |                 |                      |       |     |                 |                      |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |
| Firmado del Contratista                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |       | <b>Observaciones:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                 |                      |       |     |                 |                      |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |
| C.C.: 1.015.408.698<br>de Bogotá D.C.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |       | En caso de tener contrato de pago a Salud, pensión y ARL, Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL.                                                                                                                                                                                                                                                                |                 |                      |       |     |                 |                      |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |
| <b>VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS</b><br>NOMBRE: Marcela Castellanos Cabrera<br>CARGO: Jefe de Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano<br>FIRMA:                                                                                                                                                                                                                                                  |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                 |                      |       |     |                 |                      |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |