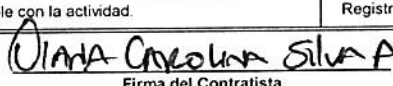
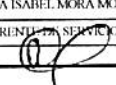
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO	CÓDIGO: AP-IA-FT-014 VERSIÓN: 02 FECHA: 2020-05-04
1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO		
No. CONTRATO - OPS: PS 3382	C.D.P. No.: 13	Proceso al que pertenece: AMBULATORIO Unidad a la que pertenece: UMHES VICTORIA
Nombre del Contratista: DIANA CAROLINA SILVA ALDANA		C.C. 1.023.914.941 de: BOGOTA
Fecha Inicio: 2020-02-01	Fecha Terminación inicial: 2020-07-31	Valor Mensual: \$ 2.600.100 Valor a cobrar: \$ 2.678.220

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	N° CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	\$ 2.559.188	2713	2020-08-01	2020-08-31	1	FEBRERO	\$ 2.678.220	\$ 322.000	8340236951
2	\$ 2.678.220	3207	2020-09-01	2020-08-31	2	MARZO	\$ 2.559.188	\$ 331.600	40941102
3					3	ABRIL	\$ 2.678.220	\$ 331.600	41547743
4					4	MAYO	\$ 2.678.220	\$ 331.600	42624074
5					5	JUNIO	\$ 2.678.220	\$ 331.600	43291277
6					6	JULIO	\$ 2.678.220	\$ 331.600	43986373
7					7	AGOSTO	\$ 2.678.220	\$ 331.600	44060506
8					8	SEPTIEMBRE	\$ 2.678.220	\$ 331.600	44682762
9					9				
10					10				
11					11				
12					12				

Resumen de contrato	VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
	\$ 16.069.320	\$ 21.306.728	\$ 21.306.728	\$ 0

2. INFORME DE ACTIVIDADES REALIZADAS Y AVANCE EN CUMPLIMIENTO DEL OBJETO DEL CONTRATO		
OBJETO DEL CONTRATO		
PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE ENFERMERIA EN EL PROCESO AMBULATORIO EN LAS DIFERENTES UNIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE.		
Relación de actividades para el periodo: Desde: 2020-09-01 Hasta: 2020-09-30		
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS <small>(Las estipuladas en la minuta)</small>	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO	
ACTIVIDADES	DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	
PRODUCTO O EVIDENCIA	PRODUCTO O EVIDENCIA	
1 Prestar sus servicios de apoyo en forma personal y autónoma como enfermero(a) en el servicio de consulta externa, en lo relacionado con actividades de promoción de la salud y detección de la enfermedad según curso de vida, programas de atención y condiciones de los usuarios.	Cumple con la actividad, realizando el seguimiento de los pacientes del programa Canguro	Actas del programa canguro en historia clínica y revisión de los registros en formatos y bases de datos diligenciados por
2 Realizar procedimientos de acuerdo a su competencia	Cumple con esta actividad	Notas de enfermería en historia clínica del programa canguro
3 Realizar seguimiento a los programas de promoción de la salud y detección de la enfermedad conforme a necesidades del servicio, así como de eventos de interés en salud pública.	Entregó informes correspondientes a las actividades del programa canguro a las instancias correspondientes cumpliendo con las fechas establecidas.	Actas de educación, seguimientos de enfermería en historia clínica e interconsultas
4 Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.	Realizar seguimiento a los procesos de los cuales tienen que ser reportados entre otros.	Reportes de sucesos de seguridad de la subred, correspondientes al programa canguro
5 Cumplir con las normas de bioseguridad, limpieza y desinfección conforme a los protocolos y guías de la entidad.	Se realiza seguimiento al cumplimiento de la aplicación de las normas de bioseguridad.	Se evidencia en las actas de visita de infecciones y epidemiología
6 Apoyar el proceso de gestión y operación de: BAI, SIVIGILA, IAAS, EEEV, Patologías y Eventos de Alto Costo, seguimiento y monitoreo de Cohortes	Elaborar los informes del servicio de acuerdo a los requerimientos.	Entrega de indicadores del programa canguro a Riesgos.
7 Apoyar el proceso de gestión de fuentes de información y bases de datos relacionadas con las cohortes de seguimiento.	Desarrolló los indicadores definidos por la ESE o los establecidos en la normatividad vigente.	Entrega de indicadores del programa canguro a Riesgos.
8 Realizar el diligenciamiento de los RIPS, de conformidad a la normatividad vigente y requerimientos institucionales.	Cumple con la actividad.	No realiza rips, pero verifica registro completo de pre rips en el programa
9 Apoyar actividades relacionadas con el proceso de acreditación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro oriente E.S.E	Cumple con la actividad.	Registros en historia clínica según normatividad
10 Apoyar actividades relacionadas con el proceso de acreditación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro oriente E.S.E contenidas en el	Cumple con la actividad.	Registros en historia clínica
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. 1.023.914.941 de BOGOTA		

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE: DIANA ISABEL MORA MORALES	
CARGO: REFERENTE A SERVICIOS AMBULATORIOS	
FIRMA: 	

DATOS DEL APORTANTE					
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO
CC	1023914341	DIANA CAROLINA SILVA ALDANA	CR 5 NO 37 53 SUR	2070547	carolina9229@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO
UNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.
					EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
					NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLÉADOS 1
					UPC 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2020-08	2020-08	I	07/09/2020	44682762	\$353.100

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD											
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor			
EPS005	Santitas EPS	800251440-6	134.000	0		0		0	0	0	0
										Total a Pagar	No. Afiliados
										134.000	1

TOTALES PENSION											
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Subsistencia	Aporte FSP - Solidaridad	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar
											No. Afiliados
230301	Pensioner	800224808-8	171.500	0	0	0	0	0	0		171.500
											1

TOTALES RIESGOS LABORALES											
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros	Valor Neto	Días Mora	Valor Mora	Subtotal	No. Radicado
				No. Autorización	Valor	Sistemas	Cotización	Mora	Cotización	Cotización	Saldo a Favor
14-23	Positiva Seguros	800011153-6	26.100				26.100	0	0	26.100	261
										Fondo Solidaridad	Total a Pagar
										26.100	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860000942-7	21.500	0	0	21.500	1

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

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradores Reportados	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	134.000	134.000
Pensión	1	171.500	171.500
Riesgos Laborales	1	26.100	26.100
CCF	1	21.500	21.500
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	353.100	353.100

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



PAG 2 de 2

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1023914941	DIANA CAROLINA SILVA ALDANA	CR 5 NO 37 53 SUR	2070547	carolina5229@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
UNICA	1 = Independiente			BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOR
					UPC
					1
					0
					TOTAL A PAGAR
2020-08	2020-08	1	07/09/2020	44582762	\$353.100

DETALLE POR COTIZANTE																																							
INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN MOVIEDADES										PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES										
No.	Tip.	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Sexo	Edad	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario a Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC sobre parafiscales	Aporte BENA	Aporte ICBF	Aporte ELAP	Aporte MEN	
1	CC	1023914941	SILVA ALDANA DIANA CAROLINA	SR	0													220301	1.071.300	171.900	0	0	0	0	EP19005	1.071.300	134.000	14.23	1.071.300	3	28.100	CCF34	1.071.300	21.500	0	0	0	0	0

PAGADA