CUENTA DE COBRO (Consecutivo) No. 3 Mes Abril de 2021

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD
CENTRO ORIENTE E.S.E.
Nit. 900.959.051.7

DEBE A:

Nombre: Jennyffer Andrea Muñoz Saenz
C.C. No. 1033715921

La suma de: $ 2.979.200

Total Horas: 196.

Por concepto de:

- Honorarios por Prestación de Servicios en cumplimiento del Contrato No. PS 3317 2021, correspondiente al mes de Abril 2021.

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

Cordialmente,

Jennyffer Muñoz S
C.C. No. 1033715921
Teléfono: 3213789355

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**
**FECHA: 2020-05-04**

## 1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. CONTRATO - OPS:** | PS-3317-2021 | **C.D.P. No.:** | 304 | **Proceso al que pertenece:** | GESTIÓN AMBULATORIA |
| | | | | **Unidad a la que pertenece:** | CHICALES |
| **Nombre del Contratista:** | JENNIFER ANDREA MUÑOZ SAENZ | **C.C.** | 1.033.715.921 | **de:** | BOGOTA |
| **Fecha Inicio:** | 2021-02-01 | **Fecha Terminación Inicial:** | 2021-03-31 | **Valor Mensual:** | $ 2.979.200 |
| **Valor a cobrar:** | $ 5.472.000 | | | | |

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | $ 3.374.400 | 776 | 2021-04-01 | 2021-04-30 |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |
| 14 | | | | |
| 15 | | | | |
| 16 | | | | |
| 17 | | | | |
| 18 | | | | |
| 19 | | | | |
| 20 | | | | |
| 21 | | | | |
| 22 | | | | |

| Nº CTA | MES DE CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR | VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL | NÚMERO DE PLANILLA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | FEBRERO 2021 | $ 2.979.200 | $ 331.600 | 48496846 |
| 2 | MARZO 2021 | $ 2.979.200 | 331.600+37.200 | 48755353-49338690 |
| 3 | ABRIL 2021 | $ 2.979.200 | $ 368.800 | 49619920 |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 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 |
|---|---|---|---|
| $ 5.472.000 | $ 8.846.400 | $ 8.937.600 | -$ 91.200 |

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

**OBJETO DEL CONTRATO**

Prestar los servicios profesionales de enfermeria en consulta externa para la ejecución de actividades asistenciales en los diferentes servicios de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente.

**Relación de actividades para el periodo:** **Desde:** 2021-04-01 **Hasta:** 2021-04-30

| | OBLIGACIONES ESPECÍFICAS [Las estipuladas en la minuta] | DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 1 | Prestar sus servicios profesionales como enfermera en el servicio de consulta externa , en lo relacionado con actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad según ciclo vital, programas de atención y condiciones de los usuarios, programación y supervisión de las actividades que realizan las auxiliares de enfermeria y demás procedimientos, actividades y reportes que se deriven de la atención relacionada con su profesión según la demanda de usuarios y necesidad del Servicio, de acuerdo a la disponibilidad de tiempo teniendo en cuenta el cronograma presentado por el contratista, sujetándose a la normatividad vigente en el marco del sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud para el ejercicio de la profesión, acogiéndose las guías y protocolos definidas por la Subred. | Se realiza consulta, donde se detecta alteraciones del menor de 10 años, detección de alteración del embarazo (Control prenatal), Asesoria pre y post test de VIH (gestantes), Planificación familiar hombres y mujeres en edad fértil, Toma y entrega de citologia vaginal a mujeres objeto del programa. Liderar y organizar actividades junto con el equipo de trabajo que se encuentre a cargo del desarrollo de programas especificos de los centros de atención del proceso ambulatorio dirigidas a la poblacion objeto del contrato. Se direcciona los usuarios según el tipo de necesidad que tengan a los diferentes procesos y servicios de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente tales como. Agudeza visual, Consejerías pre y post, Consulta adulto, Consulta crecimiento y desarrollo, Consulta gestantes, Consulta joven, Curso preparación pará la maternidad, Laboratorios, Micronutrientes, Nutrición, Partos, Planificación familiar, Recien nacido, salud oral, Toma y entrega de citologias, Vacunación, Hospitalización y urgencias y otros servicios. | HISTORIAS CLINICAS- RIPS |
| 2 | Realizar procedimientos como toma de citologias, inserción DIU entre otras segun la demanda del servicio | Hacer los diferentes procedimientos correspondientes a las actividades de consulta externa realizando los respectivos | HISTORIAS CLINICAS- RIPS- CONSENTIMIWNTO INFORMADO |
| 3 | Realizar seguimiento a los programas de promoción de la salud y detección de la enfermedad usuario cronico y gestantes conforme a necesidades del servicio | Liderar y organizar actividades con el equipo de trabajo que se encuentre a cargo del desarrollo de programas especificos de los centros de atención del proceso ambulatorio dirigidas a la población objeto, para el respectivo seguimiento. | HISTORIAS CLINICAS- RIPS- BASES DE DATOS SEGUIMIENTO A USUARIOS |
| 4 | Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente | Realizar los respectivos reportes de los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida, según corresponda, siguiendo la normatividad vigente | FICHAS DE NOTIFICACION |
| 5 | Cumplir con las normas de bioseguridad, limpieza y desinfección conforme a los protocolos y guías institucionales | Se realiza limpieza, desinfección cumpliendo las normas de bioseguridad cumpliendo con el protocolo institucional | VERIFICACION DE FORMATO : DE DESINFECCION A CONSULTORIOS |
| 6 | | | |
| 7 | | | |
| 8 | | | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |

**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

Jennifer Muñoz

**Firma del Contratista**

**C.C.** 1.033.715.921 **de** BOGOTA

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS | |
|---|---|
| NOMBRE: | EDILSA ESTHER MAURY BELLO |
| CARGO: | DIRECTORA TECNICA AMBULAROTRIOS |
| FIRMA | |

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 1 DE 1

## DATOS GENERALES

| TIPO | NUMERO | NOMBRE O RAZON SOCIAL | TIPO PRESENTACION (U C S D) | SUCURSAL / DEPENDENCIA | CODIGO | PERIODOS DE COTIZACION SALUD MES | SALUD AÑO | PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF MES | PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF AÑO | NUMERO RADICACION | TIPO EMPRESA | CLASE DE APORTANTE | CODIGO ARL | CODIGO OPERADOR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 1033715921- | Jennifer Andrea Muñoz Saenz | U ☑ C ☐ S ☐ D ☐ | | | 2021 | 3 | 2021 | 4961992 | | PUBLICA ☐ PRIVADA ☑ MIXTA ☐ | PEQUEÑO ☐ GRANDE ☐ INDEPENDIENTE ☑ | 14-7 | 63 |

| DIRECCION | CIUDAD/MUNICIPIO | CODIGO | DEPARTAMENTO | CODIGO | TELEFONO | FAX | CORREO ELECTRONICO | ACTIVIDAD ECONOMICA | VALOR NOMINA | TOTAL EMPLEADOS | FECHA DE PAGO (aaaa/mm/dd) | No. AUTORIZACION |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Carrera 35 b sur bis a 26 | BOGOTA, D.C. | 11001 | BOGOTA, D.C. | 11 | 3015153 | | jennimusa111@gmail.com | 8511 | 0 | 1 | 2021/03/31 | 940756798 |

## TOTAL APORTES DEL PERIODO A SALUD POR ADMINISTRADORA

| COD EPS | NIT EPS | COTIZACION OBLIGATOR | UPC ADICIONAL | INCAPACIDADES No.AUTOR | INCAPACIDADES VALOR | LIC.MATERNIDAD No.AUT | LIC.MATERNIDAD VALOR | NETO COTIZAC | DIAS MORA | INTERESES MORA OBL | INTERESES MORA UPC | SUBTOTAL COTIZACION | SUBTOTAL UPC ADIC. | No. RADIC SALDO A FAVOR | SALDO A FAVOR COTIZ OBLIG | SALDO A FAVOR UPC ADICIONAL | TOTAL A PAGAR | No. AFIL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS008 | 860066942-7 | 149.000 | 0 | | 0 | | 0 | 149.000 | 0 | 0 | 0 | 149.000 | 0 | | 0 | 0 | 149.000 | 1 |

## TOTAL APORTES DEL PERIODO A PENSIONES POR ADMINISTRADORA

| COD AFP | NIT AFP | COTIZ OBLIGAT | COTIZ VOL AFILIADO | COTIZ VOL APORTANT | FONDO SOLI PENS | DIAS MORA | INTERES MORA COTIZ | INTERES MORA FONDO | TOTAL A PAGAR | No. AFIL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 231001 | 800227940-6 | 190.700 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 190.700 | 1 |

## TOTAL APORTES DEL PERIODO A CAJAS POR ADMINISTRADORA

| COD CCF | NIT CCF | VALOR APORTE | DIAS MORA | INTERESES MORA | TOTAL A PAGAR | No. AFIL |
|---|---|---|---|---|---|---|

## TOTAL APORTES DEL PERIODO A ICBF Y SENA

| CONC | VALOR | DIAS MORA | INT MORA | TOTAL A PAGAR | No. AFIL |
|---|---|---|---|---|---|
| ICBF | | | | | |
| 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| SENA | | | | | |
| 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

## TOTAL APORTES DEL PERIODO A RIESGOS LABORALES

| COD ARL | NIT ARL | COTIZ OBLIGAT | INCAPACIDADES No.AUTORIZ | INCAPACIDADES VALOR | APORTES OTROS RIESG | VALOR NETO COTIZACION |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 14-7 | 860002503-2 | 29.100 | | 0 | 0 | 29.100 |
| **DIAS MORA** | **INTERES MORA COTI** | **SUBTOTAL APORT COTIZ** | **No. RADICAC SALDO A FAVOR** | **SALDO A FAVOR** | **FONDO SOLIDARIDAD** | **TOTAL A PAGAR** |
| 0 | 0 | 29.100 | | 0 | 291 | 29.100 |

## NUMERO DE ADMINISTRADORAS REPORTADAS

| | |
|---|---|
| PENSIONES | 1 |
| SALUD | 1 |
| RIESGOS LABORALES | 1 |
| CAJAS DE COMPENSACION | 0 |
| OTRAS | 0 |
| TOTAL | 3 |

## TOTAL APORTES DEL PERIODO A MIN. EDUCACION

| VALOR | DIAS MORA | INT MORA FONDO | TOTAL A PAGAR |
|---|---|---|---|

## TOTAL APORTES DEL PERIODO A ESAP

| VALOR | DIAS MORA | INT MORA FONDO | TOTAL A PAGAR |
|---|---|---|---|

## TOTAL A PAGAR POR TIPO ADMINISTRADORA

| TOTAL A PAGAR POR TIPO ADMINISTRADORA | ANTES DE IGE,LMA,IRP Y MORA | VALOR TOTAL |
|---|---|---|
| PENSIONES | 190.700 | 190.700 |
| SALUD | 149.000 | 149.000 |
| RIESGOS LABORALES | 29.100 | 29.100 |
| CCF | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 |
| MINISTERIO DE EDUCACION | 0 | 0 |
| GRAN TOTAL | | |

compensar | miplanilla.com

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| DATOS DEL AFILIADO | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | VALOR IBC | | | | | | LIQUIDACION DE APORTES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No | TIPO | NUMERO | APELLIDOS Y NOMBRES | COD EPS | COD AFP | COD CAJA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VTE | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | NUEVA EPS | NUEVA AFP | IBC SALUD | IBC PENSION | IBC CAJAS | IBC RIESGOS | TIPO COTIZANTE | ESTRANJERO | COLOMBIANO EN EXTERIOR | COTIZ PENSION | FONDO SOLIDAR PENSION | APORTE VOLUNT PENSION | COTIZ SALUD | UPC ADICIONAL |
| 1 | CC | 1033715921 | MUÑOZ SAENZ JENNIFER ANDREA | EPS008 | 231001 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 1.191.680 | 1.191.680 | 0 | 1.191.680 | 0 | | | 190.700 | 0 | 0 | 149.000 | 0 |