Secretaría Distrital 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:** | 196-4134-2021 | **C.D.P. No.:** | 633 | **Proceso al que pertenece:** | GESTION INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD |
| | | | | **Unidad a la que pertenece:** | PRIMERA DE MAYO |
| **Nombre del Contratista:** | MIGUEL ANGEL MELO ORTIZ | **C.C.** | 1.233.693.034 | **de:** | BOGOTA |
| **Fecha Inicio:** | 2021-03-04 | **Fecha Terminación Inicial:** | 2021-03-31 | **Valor Mensual:** | $ 3.083.694 | **Valor a cobrar:** | $ 1.541.847 |

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | $ 3.495.200 | 787 | 2021-04-01 | 2021-04-30 |
| 2 | $ 4.626.000 | 1214 | 2021-05-01 | 2021-06-15 |
| 3 | $ 4.626.000 | 1740 | 2021-06-16 | 2021-07-31 |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |

| Nº CTA | MES DE CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR | VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL | NUMERO DE PLANILLA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | MARZO | $ 2.775.325 | $ 281.200 | 48938233 |
| 2 | ABRIL | $ 3.083.694 | $ 371.300 | 49370731 |
| 3 | MAYO | $ 3.083.694 | $ 374.300 | 49927890 |
| 4 | JUNIO | $ 3.083.694 | $ 381.700 | 50570752-51399287 |
| 5 | JULIO | $ 1.541.847 | $ 381.700 | 51733518 |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |

**Resumen de contrato**

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 2.775.325 | $ 15.111.325 | $ 13.569.478 | $ 1.541.847 |

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

**OBJETO DEL CONTRATO**

PRESTAR SERVICIOS DE ACUERDO A SU PERFIL ACADEMICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES (DE SU PROFESION) CON DISPONIBILIDAD EN CUMPLIMIENTO DE LA MISION Y LA VISION DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E - CONVENIO 2022 2020

**Relación de actividades para el periodo:** **Desde:** 2021-07-01 **Hasta:** 2021-07-15

| | OBLIGACIONES ESPECIFICAS (Las estipuladas en la minuta) | DESCRIPCION DEL DESARROLLO: se realiza proceso de abordaje, tamizaje ASSIST,CRAFT,AUDI en los caps | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 1 | Realizar la intervención y seguimiento propios de su quehacer profesional a los pacientes canalizados por las diferentes puertas de entrada de la Ruta Integral en Salud del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas y adicciones. | se realiza proceso de sensibilizacion de las diferentes puertas de entrada que tiene la ruta | matriz que evidencia el producto con fecha del mes correspondiente al mes |
| 2 | Realizar intervenciones grupales de psicoeducación a los pacientes canalizados por las diferentes puertas de entrada de la Ruta Integral en Salud del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas y adicciones | socializacion y posicionamiento de la ruta en las diferentes puertas de entrada | acta y listado de asistencia |
| 3 | Apoyar la asistencia técnica a entes sobrados en gestion de la information para la implementación de la Ruta Integral en Salud del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas y adicciones | visitas y socializaciones con los encargados de los procesos planteados por la ruta de manera periodica con el fin de generar lineis tecnicos | acta y listado de asistencia |
| 4 | Asistir a las reuniones programadas por quien ejerce vigilancia, orientación y control de la ejecución del convenio | instir de manera presencial o virtual a reuniones | acta y listado de asistencia |
| 5 | Apoyar a la Entidad en las actividades que demande según requerimientos intrainstitucionales y extra institucionales de las unidades de servicios de salud de la Subred Integrada de Servicios de Salud. | realizar articulaciones con entidades sectoriales, intersectoriales y comunitarias con el fin de posicionar la ruta | acta y listado de asistencia |
| 6 | Realizar seguimiento a pacientes con consumo de sustancias psicoactivas Inicial y problemático en diferentes etapas de desarrollo (infancia, adolescencia, juventud, adultez adulta mayor). | mediante la base de seguimiento. Lograr un control de los pacientes que ingresan a la ruta | matriz que evidencia el producto con fecha del mes correspondiente al mes |
| 7 | Diligenciar y reportar de manera oportuna a la matriz de atenciones individuales de los usuarios canalizados a la Ruta Integral en Salud del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas y adicciones | mediante las matrices que usa la ruta para dividir los diferentes procesos. Lograr diligenciar de manera oportuna | matriz que evidencia el producto con fecha del mes correspondiente al mes |
| 8 | Apoyar la implementación del plan de fortalecimiento de capacidades del talento humano en salud mental para mejorar en la identificación y la atención integral en las Subredes integrados de Servicios de Salud de la Ruta Integral en Salud de trastornos del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas y adicciones | aportando el proceso de posicionamiento de la ruta mediante metodologias segun mi profesion | acta y listado de asistencia |
| 9 | Apoyar la detección temprana de riesgos psicosociales, trastornos mentales y del comportamiento por consumo de sustancias psicoactivas. | diligenciar la matriz dependiendo el nivel de riesgo | matriz que evidencia el producto con fecha del mes correspondiente al mes |
| 10 | Desarrollar las demás tareas que le sean delegadas acorde a lo contemplado en el Convenio 22 del 2020 inta Integral en Salud de trastornos del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas y adicciones Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato | capacitacion | actas de capacitacion |

**Observaciones: Creacion de base para retroalimentacion por parte de ambulatorios**

Firma del Contratista

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

C.C. 1.233.693.034 de BOGOTA

## VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS

| | |
|---|---|
| **NOMBRE:** | **LORENZA BECERRA CAMARGO** |
| **CARGO:** | DIRECTORA GESTION INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD |
| **FIRMA** | |

V.B.

**Cuenta de cobro 005 - 2021**

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

**Nit. 900.959.051-7**

**DEBE A:**

MIGUEL ANGEL MELO ORTIZ
C.C. 1233693034 de Bogotá

**LA SUMA DE:**

**Un millón quinientos cuarenta y un mil ochocientos cuarenta y siete pesos ($1.541.847)**

Por concepto de:

- Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No PS 4134 de 2021 correspondiente del 1 al 15 de julio de 2021

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS DE ACUERDO A SU PERFIL ACADÉMICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES (DE SU PROFESIÓN), CON DISPONIBILIDAD EN CUMPLIMIENTO DE LA MISIÓN Y LA VISIÓN DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

**Cordialmente,**

C.C. 1233693034
Teléfono: 3222245437
No Cuenta **4902009611** ahorros Colpatria

Fecha: 15/Julio /2021

compensar | miplanilla.com

# REPORTE RESUMEN DE PAGO

## Información básica de la planilla

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Empresa:** | Miguel Angel Melo Ortiz | **NIT:** | 1233693034 |
| **Tipo Planilla:** | I | **Periodo liquidación Pensiones:** | julio 2021 |
| **Sucursal o Dependencia:** | PRINCIPAL | **Periodo liquidación Salud:** | julio 2021 |
| **Número de Radicación:** | 51733518 | **Total a pagar:** | $381,700 |
| **Fecha de vencimiento:** | 11/07/2021 | **Total de empleados:** | 1 |
| **Fecha de Pago:** | 06/07/2021 | **Número de Administradoras:** | 3 |

## Detalles del pago

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón social recaudo:** | Compensar OI | **Nit recaudo:** | 9998600669427 |
| **Descripción:** | MiPlanilla.com Pago Proteccion Social | **Medio de Pago:** | Pago Electronico por PSE |
| **Banco:** | SCOTIABANK COLPATRIA | **Número Autorización:** | 1047433948 |
| **Estado de la transacción:** | Transacción aprobada | | |

| Código | NIT | Administradoras | Num. Afiliados | *Número de incapacidad por riesgos laborales | Valor descontado en incapacidad y/o licencia | Total Pagado |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 14-11 | 890903790 | ARL SURA | 1 | | $0 | $30,100 |
| 25-14 | 900336004 | Administradora Colombiana de Pensiones - | 1 | | $0 | $197,400 |
| EPS005 | 800251440 | Sanitas EPS | 1 | | $0 | $154,200 |
| | | | | | | $381,700 |

***Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.**

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información