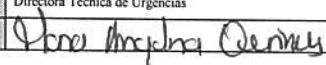


26	Facilitar las labores de supervisión que la SUBRED, realice en forma directa por la Subdirección de Servicios de Salud, la Oficina de Calidad y/o a través de terceros	Facilitó las labores de supervisión que la SUBRED, realice en forma directa por la Subdirección de Servicios de Salud, la Oficina de Calidad y/o a través de terceros	Formatos de novedades de personal radicados en la oficina de la dirección de urgencias.
27	Cumplir oportunamente las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demás solicitudes de la Supervisión y de la Oficina de Garantía de Calidad	Cumplí oportunamente las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demás solicitudes de la Supervisión y de la Oficina de Garantía de Calidad	Formatos de novedades de personal radicados en la oficina de la dirección de urgencias.
28	Acreditar el cumplimiento del pago de los aportes al sistema de seguridad social y parafiscal durante la vigencia del contrato, requisito indispensable para generar cada pago a su favor	Acredité el cumplimiento del pago de los aportes al sistema de seguridad social y parafiscal durante la vigencia del contrato, requisito indispensable para generar cada pago a mi favor	Presentación de planilla mensual de aportes de seguridad social
29	Apoyar en la parte técnica las actividades de supervisión de los contratos cuando estas sean asignadas	Apoyé en la parte técnica las actividades de supervisión de los contratos cuando estas sean asignadas	Registro en las actas de asistencia a capacitaciones
30	Cumplir con las actividades establecidas en el respectivo contrato, cumpliendo con las directrices establecidas por la institución; en los casos de novedades informar con anticipación para el cubrimiento de sus actividades	Cumplí con las actividades establecidas en el respectivo contrato, cumpliendo con las directrices establecidas por la institución	Registro de historia clínica en el aplicativo Dinámica Gerencial.
31	Las demás asignadas por la supervisión del contrato	Cumplí las demás actividades asignadas por la supervisión del contrato	Notificación de actividades de la supervisión
Observaciones:		 Firma del Contratista	
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. 74.372.841	de DUITAMA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	Maria Angelina Quiñones Sandoval
CARGO:	Directora Técnica de Urgencias
FIRMA	

CUENTA DE COBRO No. 03 Mes MAYO de 2021

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

DEBE A:

Nombre: OWEN OMAR ALBA TORRES

C.C. No 74372841

La suma de: \$8.910.000

Total horas: 270

Por concepto

Honorarios por Prestación de Servicios en cumplimiento del Contrato No. **PS 3838 2021**, correspondiente al mes de MAYO DE 2021.

OBJETO: PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES, DE MANERA PERSONAL Y AUTONOMA, EN SU CONDICIÓN DE **MEDICO GENERAL** 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,

OWEN OMAR ALBA TORRES



C.C. No. 74372841

Teléfono: 3183728506

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	74372841
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	OWEN OMAR ALBA TORRES ..		
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CARRERA 68G # 73A-09 APTO	TELÉFONO:	5440019
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de la práctica
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	7789012724		TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES	
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	abril	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	abril
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2021	SALUD:	AÑO:	2021
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2021/05/05		NÚMERO AUTORIZACIÓN:	979254038	

LIQUIDACIÓN GENERAL					
				TOTALES	
				COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN					
ADMINISTRADORA					
NIT	CÓDIGO	NOMBRE			
800229739	230201	230201- PROTECCION	1		\$ 506.900
SUBTOTAL:			1		\$ 506.900
SALUD					
ADMINISTRADORA					
NIT	CÓDIGO	NOMBRE			
900156264	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		\$ 396.000
SUBTOTAL:			1		\$ 396.000
RIESGOS PROFESIONALES					
ADMINISTRADORA					
NIT	CÓDIGO	NOMBRE			
860002503	14-7	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	1		\$ 77.200
SUBTOTAL:			1		\$ 77.200

TOTAL PAGADO:	\$ 980.100
----------------------	-------------------

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 74372841
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	OWEN OMAR ALBA TORRES ..	
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO: BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CARRERA 68G # 73A-09 APTO	TÉLEFONO: 5440019
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA: Actividades de la práctica
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):		NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	7789409667	
PERIODO COTIZACIÓN:	MES: abril	PERIODO COTIZACIÓN MES: abril
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2021	SALUD: AÑO: 2021
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2021/05/07	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 982810435
NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	7789012724	FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA: 2021/05/05

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800229739	230201	230201- PROTECCION	1	\$ 63.400
SUBTOTAL:			1	\$ 63.400
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900156264	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1	\$ 49.500
SUBTOTAL:			1	\$ 49.500
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860002503	14-7	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	1	\$ 9.700
SUBTOTAL:			1	\$ 9.700

TOTAL PAGADO:	\$ 122.600
----------------------	-------------------