Centro Oriente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CODIGO: AP-IA-FT-014
VERSION: 03
FECHA: 2021-12-27

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: PS 1689 2022 **C.D.P. No.:** 104

Proceso que pertenece: MISIONAL
Servicio al que pertenece: DIRECCION DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS
Unidad a la que pertenece: UMHES SANTA CLARA

Nombre del Contratista: SIRLEYDIS ISABEL HERNANDEZ DE LA HOZ **C.C.:** 1.082.965.265 **de:** SANTA MARTA

Fecha Inicio: 2022-04-01 **Fecha Terminacion inicial:** 2022-04-30 **Valor Mensual:** $ 2.380.000 **Valor a cobrar:** $ 2.451.400

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 817.133	1305	2022-04-01	2022-04-30
2	$ 1.634.267	1460	2022-05-01	2022-05-31
3	$ 2.451.400	1528	2022-06-01	2022-06-15
4	$ 2.451.400	1605	2022-06-16	2022-08-15
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NUMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO PLANILLA
1	FEBRERO	$ 2.380.000	$ 309.400	56452040	02/02/2022
2	MARZO	$ 2.380.000	$ 329.400	1082965265	02/03/2022
3	ABRIL	$ 2.380.000	$ 329.400	1396035863	04/04/2022
4	MAYO	$ 2.451.400	$ 329.400	1444018199	05/05/2022
5	JUNIO	$ 2.451.400	$ 329.400	59138068	06/06/2022
6	JULIO	$ 2.451.400	$ 329.400	60239940	11/07/2022
7					
8					
9					
10					
11					
12					

Resumen de contrato:

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 7.140.000	$ 14.494.200	$ 14.494.200	$ 0

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO OPERSNE PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Relacion de actividades para el periodo: **Desde:** 2022-07-01 **Hasta:** 2022-07-31

	OBLIGACIONES ESPECIFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCION DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Aportar las actividades del proceso de Cadena de Custodia cumpliendo con el adecuado manejo y control de los elementos materiales probatorios acorde a la normatividad vigente	Recolectar y almacenar de manera idonea las evidencias recolectadas para preservar la capacidad demostrativa de la EF y EMP	Deposito central de evidencias
2	Realizar y verificar el inventario en el depositivo central de material probatorio, aplicando los controles necesarios	Se realiza inventario del deposito central de material probatorio y la organización de la misma de acuerdo a unidad y año	Inventario digital y manual del registro de cadena de custodia y rotulos
3	Realizar la entrega a los entes de control solicitantes de material probatorio diligenciando los formatos correspondientes, llevando registro y puntos de control	No aplica para el mes	No aplica
4	Articular con el ente correspondiente la entrega de evidencia material probatorio previo a solicitud del mismo y dejando constancia del recibido	No aplica para el mes	No aplica
5	Mantener por el tiempo requerido las evidencias, una vez transcurrido realizar el tramite correspondiente para su disposicion final	No aplica para el mes	No aplica
6	Realizar capacitaciones al personal asistencial sobre el embalaje, rotulacion y formatos segun la norma actual y dejar registros y evidencia de estas	No aplica para el mes	No aplica
7	Realizar cronograma de actividades y recorridos a las diferentes unidades , el cual debe ser avalado por el supervisor del contrato	se realizo cronograma de plan de trabajo	Formato de plan de trabajo
8	Realizar la recoleccion de elementos de prueba en las diferentes unidades de la Subred Centro Oriente, realizando revision, retroalimentación y ajustes en los casos en que sean necesarios	se realiza recorrido a las diferentes unidades para la recoleccion de EMP/EF	libro de recoleccion de evidencia o formato de recoleccion de evidencia previamentes firmados
9	Aportar actividades del proceso de orden y limpieza , conforme a protocolos institucionales	Se mantiene la limpieza y el orden diario del deposito de evidencia arrojando los residuos a sus canecas correspondientes	deposito central de evidencias organizado
10	Velar porque la atencion sea humana eficaz, calida con todos y cada uno de los entes de control solicitantes	Ser cordiales y amables con los custodios y el personal involucrado en el proceso de cadena de custodia	No aplica
11	Velar por el seguimiento de las normas de bioseguridad, salud ocupacional y gestión ambiental	Utilizar adecuadamente los elementos de protección tanto para protección personal como para preservar los elementos	registro fotografico formado por el personal de ARL
12	Llevar registro de las actividades y procedimientos que se le asignen, segun los formatos o bases de datos del proceso, asi como mantener actualizados los informes definidos por la entidad, entes de control y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento del proceso	Se realiza actas de reuniones	actas de reuniones firmadas con fecha y hora

Observaciones:
Honorarios Fijos

Nota: Es deber contractual anexar la certificación del pago a Salud, pensión y ARL. En caso de tener contrato nuevo adjuntar el soporte de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud como cotizante y afiliación a pensión., Teniendo en cuenta que con la implementacion del Decreto 1273 de 2018 el pago de aportes se hace de manera variada de acuerdo con las fechas establecidas en el Decreto 1990 de 2016.

SIRLEYDIS HERNANDEZ
Firma del Contratista
C.C. 1.082.965.265 **de** SANTA MARTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 1	
NOMBRE:	IVAN DARIO OCHOA PELAEZ
CARGO:	DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05
FIRMA	

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 2	
NOMBRE:	IVAN DARIO OCHOA PELAEZ
CARGO:	DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05
FIRMA	

Cuenta de cobro 6

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
Nit. 900.959.051-7

DEBE A:

SIRLEYDIS ISABEL HERNANDEZ DE LA HOZ.
C.C. 1.082.965.265 de ARACATACA.

LA SUMA DE:

DOS MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA Y UN MIL CUATROCIENTOS PESOS ($ 2.451.400)

Por concepto de:

- Honorarios Prestación de servicios Técnicos en cumplimiento del contrato No PS 1689 2022 correspondiente al mes de JULIO DE 2022.

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO FORENSE PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Cordialmente,

Sirleydis Hernandez
SIRLEYDIS ISABEL HERNANDEZ DE LA HOZ.
C.C. 1.082.965.265
Teléfono 3223055421 Dirección: KR 85A # 44 09
No Cuenta 7500923920CUENTA DE AHORROSDAVIVIENDA

Fecha: 31 DE JULIO DE 2022

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1082965265	SIRLEYDIS ISABEL HERNANDEZ DE LA HOZ		KRA. 85A No. 44-09 T 6 APTO. 421	7560505	sirleydis.hernandez21@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTA 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)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2022-06	2022-06	I	11/07/2022	60239940	$329.400	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	125.000	0		0		0	0	0	0	125.000	1

TOTALES PENSIÓN											
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	160.000	0	0	0	0	0	0		160.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	24.400				24.400	0	0	24.400			244	24.400	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	20.000	0	0	20.000	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. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	125.000	125.000
Pensión	1	160.000	160.000
Riesgos Laborales	1	24.400	24.400
CCF	1	20.000	20.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	329.400	329.400

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