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 CONTRATACIÓN
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 03
FECHA: 2021-12-27

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 3581 2022	**C.D.P. No.:**	104
Proceso que pertenece:	MISIONAL		
Servicio al que pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS		
Unidad a la que pertenece:	UMHES SANTA CLARA		
Nombre del Contratista:	CATHERINE LUGO CRISTIANO	**C.C.**	1.024.505.232 de: BOGOTÁ
Fecha Inicio:	2022-02-01	**Fecha Terminación Inicial:**	2022-04-30
Valor Mensual:	$ 2.451.400	**Valor a cobrar:**	$ 2.451.400

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 817.133	1305	2022-05-01	2022-05-10
2	$ 1.634.267	1460	2022-05-11	2022-05-31
3	$ 2.451.400	1728	2022-06-01	2022-06-30
4	$ 2.451.400	1929	2022-01-07	2022-07-31
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO PLANILLA
1	FEBRERO	$ 2.380.000	$ 329.400	56278714	01/02/2022
2	MARZO	$ 2.380.000	$ 309.400	56970578	01/03/2022
3	ABRIL	$ 2.380.000	$ 309.400	57736708	01/04/2022
4	MAYO	$ 2.451.400	$ 329.400	58432989	04/05/2022
5	JUNIO	$ 2.451.400	$ 309.400	59131948	06/06/2022
6	JULIO	$ 2.451.400	$ 309.400	59827636	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

ESTAR SERVICIOS COMO TECNICO DE APOYO A LA GESTION PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO IENTE E.S.E

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

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO	
		ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUTO O EVIDENCIA
	APOYA CON EL REGISTRO DE FACTURAS EN FORMATO EXEL DE LOS CONTRATOS DE BIENES Y SERVICIOS DE LOS PROVEEDORES A CARGO DE LABORATORIO CLÍNICOS, DE TOXICOLOGÍA Y SERVICIOS TRANSFUSIONALES	CUMPLE CON APOYA CON EL REGISTRO DE FACTURAS EN FORMATO EXEL DE LOS CONTRATOS DE BIENES Y SERVICIOS DE LOS PROVEEDORES A CARGO DE LABORATORIO CLÍNICOS, DE TOXICOLOGÍA Y SERVICIOS TRANSFUSIONALES	SE EVIDENCIA EN EL FORMATOS DE CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO Y/O INFORME PARCIAL DE SUPERVISION FORMATO AP-IA-FT-010
	REALIZAR EL PEDIDO MENSUAL DEL AREA CON RESPECTO A LA NECESIDAD DE PAPELERIA Y SUMINISTROS DE LA OFICINA	CUMPLE CON REALIZAR EL PEDIDO MENSUAL DEL ÁREA CON RESPECTO A LA NECESIDAD DE PAPELERIA Y SUMINISTROS DE LA OFICINA	SE EVIDENCIA EN EL APLICATIVO DE INFORMACION DINAMICA
	APOYAR LOS PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS TÉCNICOS ADMINISTRATIVOS DE LA DIRECCIÓN TÉCNICA DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	CUMPLE CON APOYAR LOS PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS TÉCNICOS ADMINISTRATIVOS DE LA DIRECCIÓN TÉCNICA DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	
	APOYAR EL SEGUIMIENTO A LOS CONTRATOS DE OPS A CARGO DE LABORATORIO CLÍNICOS, DE TOXICOLOGÍA Y SERVICIOS TRANSFUSIONALES	CUMPLE CON APOYAR EL SEGUIMIENTO A LOS CONTRATOS DE OPS A CARGO DE LABORATORIO CLÍNICOS, DE TOXICOLOGÍA Y SERVICIOS TRANSFUSIONALES	SE EVIDENCIA EN EL FORMATOS DE INFORME Y CUENTA FORMATO AP-IA-FT-014 Y EN EL APLICATIVO MODULO DE CONTRATACION
	APOYAR LA VERIFICACIÓN DE LOS SOPORTES REQUERIDOS A LOS CONTRATISTAS PARA SU CERTIFICACIÓN DE PAGO Y APOYAR EL PROCESO DE CERTIFICACIÓN PARA EL PAGO MENSUAL DE LOS CONTRATISTAS A CARGO DE LABORATORIO CLÍNICOS, DE TOXICOLOGÍA Y SERVICIOS TRANSFUSIONALES	CUMPLE CON APOYAR LA VERIFICACIÓN DE LOS SOPORTES REQUERIDOS A LOS CONTRATISTAS PARA SU CERTIFICACIÓN DE PAGO Y APOYAR EL PROCESO DE CERTIFICACIÓN PARA EL PAGO MENSUAL DE LOS CONTRATISTAS A CARGO DE LABORATORIO CLÍNICOS, DE TOXICOLOGÍA Y SERVICIOS TRANSFUSIONALES	SE EVIDENCIA EN EL FORMATOS DE INFORME Y CUENTA FORMATO AP-IA-FT-014 Y EN EL APLICATIVO MODULO DE CONTRATACION
	APOYAR LA PROYECCIÓN DE HORAS Y MONTOS DE CONTRATO DEL PERSONAL DE LABORATORIO CLÍNICOS, DE TOXICOLOGÍA Y SERVICIOS TRANSFUSIONALES	CUMPLE CON APOYAR LA PROYECCION DE HORAS Y MONTOS DE CONTRATO DEL PERSONAL DE LABORATORIO CLÍNICOS, DE TOXICOLOGÍA Y SERVICIOS TRANSFUSIONALES	SE EVIDENCIA EN LA AZ QUE REPOSAN EN LABRATORIO CLINICO
	ARCHIVAR ADECUADAMENTE, ACTAS, INFORMES, Y/O DOCUMENTOS QUE PERTENEZCAN A LA OFICINA PARA LUEGO SER TRANSFERIDOS Y EL MANEJO DE LA GESTIÓN DOCUMENTAL	CUMPLE CON ARCHIVAR ADECUADAMENTE, ACTAS, INFORMES, Y/O DOCUMENTOS QUE PERTENEZCAN A LA OFICINA PARA LUEGO SER TRANSFERIDOS Y EL MANEJO DE LA GESTIÓN DOCUMENTAL	SE EVIDENCIA EN LA AZ QUE REPOSAN EN LABRATORIO CLINICO
	APOYAR AL REGISTRO DE LAS NOVEDADES DE PERSONAL	CUMPLE CON APOYAR AL REGISTRO DE LAS NOVEDADES DE PERSONAL	SE EVIDENCIAS EN EL FORMATO REPORTE DE NOVEDAD DE PERSONAL FORMATO AP-TH-FT-011
	INFORMAR A LOS USUARIOS SOBRE LOS PROCESOS GENERALES ADMINISTRATIVOS Y DOCUMENTACIÓN PARA ACCEDER A LOS SERVICIOS	CUMPLE CON APOYAR LA CONSOLIDACIÓN MENSUAL DE ESTADISTICAS Y SUMINISTRAR OPORTUNAMENTE LA INFORMACIÓN REQUERIDA POR LA SUBRED	SE EVIDENCIA EN LA AZ QUE REPOSAN EN LABRATORIO CLINICO
0	APOYAR LA CONSOLIDACIÓN MENSUAL DE ESTADISTICAS Y SUMINISTRAR OPORTUNAMENTE LA INFORMACIÓN REQUERIDA POR LA SUBRED	CUMPLE CON APOYAR EN LAS DIFERENTES ACTIVIDADES EN LAS CUALES SEA REQUIERA, DE CONFORMIDAD CON LA NECESIDAD DEL SERVICIO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.	SE EVIDENCIA EN LA AZ QUE REPOSAN EN LABRATORIO CLINICO
1	APOYAR EN LAS DIFERENTES ACTIVIDADES EN LAS CUALES SEA REQUIERA, DE CONFORMIDAD CON LA NECESIDAD DEL SERVICIO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.	CUMPLE CON REGISTRAR EN EL SISTEMA DE INFORMACIÓN LOS DATOS NECESARIOS DEL USUARIO CON EL FIN DE ENTREGAR RESULTADOS DE LABORATORIO CLÍNICOS, DE TOXICOLOGÍA Y SERVICIOS TRANSFUSIONALES	SE TRAMITE POR MEDIO DEL SISTEMA DE INFORMACION LABCORE
2	REGISTRAR EN EL SISTEMA DE INFORMACIÓN LOS DATOS NECESARIOS DEL USUARIO CON EL FIN DE ENTREGAR RESULTADOS DE LABORATORIO CLÍNICOS, DE TOXICOLOGÍA Y SERVICIOS TRANSFUSIONALES	CUMPLE CON INFORMAR AL PERSONAL DE LABORATORIO CLÍNICOS, DE TOXICOLOGÍA Y SERVICIOS TRANSFUSIONALES SOBRE LAS REUNIONES, COMITÉS, CAPACITACIONES Y DEMÁS COMPROMISOS	NO SE REQUIERE
3	INFORMAR AL PERSONAL DE LABORATORIO CLÍNICOS, DE TOXICOLOGÍA Y SERVICIOS TRANSFUSIONALES SOBRE LAS REUNIONES, COMITÉS, CAPACITACIONES Y DEMÁS COMPROMISOS	CUMPLE CON ASESORAR AL PACIENTE Y A LA FAMILIA SOBRE LOS DIFERENTES PROCESOS PARA ACCEDER A LOS SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICOS, DE TOXICOLOGÍA Y SERVICIOS TRANSFUSIONALES	NO SE REQUIERE

	ASESORAR AL PACIENTE Y A LA FAMILIA SOBRE LOS DIFERENTES PROCESOS PARA ACCEDER A LOS SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICOS, DE TOXICOLOGÍA Y SERVICIOS TRANSFUSIONALES	CUMPLE CON VELAR POR EL SEGUIMIENTO DE LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD, SALUD OCUPACIONAL Y GESTIÓN AMBIENTAL.	SE EVIDENCIA LA ENTREGA DE ELEMENTOS DE BIOSEGURIDAD, JUNTO CON LA VERIFICACION DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCION Y EL LAVADO DE MANOS QUE SE ENCUENTRAN EN LOS FORMATOS AP-TH-FT-054, MI-DT-FT-066 Y MI-ME-DT-FT-246
	VELAR POR EL SEGUIMIENTO DE LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD, SALUD OCUPACIONAL Y GESTIÓN AMBIENTAL	CUMPLE CON DEMÁS ACTIVIDADES QUE LE SEAN ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO CONTENIDAS EN EL FORMATO DE NECESIDAD DE PERSONAL QUE HACE PARTE INTEGRAL DEL PRESENTE CONTRATO	NO SE REQUIERE
	DEMÁS ACTIVIDADES QUE LE SEAN ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO CONTENIDAS EN EL FORMATO DE NECESIDAD DE PERSONAL QUE HACE PARTE INTEGRAL DEL PRESENTE CONTRATO	SE REALIZARON LAS DEMAS ACTIVIDADES ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO CONTENIDAS EN EL FORMATO DE NECESIDAD DE PERSONAL QUE HACE PARTE INTEGRAL DEL PRESENTE CONTRATO	NO SE REQUIERE
	SE DESARROLLARÁN LAS ACTIVIDADES EN CUALQUIERA DE LAS UNIDADES CORRESPONDIENTES A LA SUBRED CENTRO ORIENTE DE ACUERDO A LA ASIGNACIÓN REALIZADA POR EL SUPERVISOR	SE REALIZAN LAS ACTIVIDADES EN LA UNIDAD INDICADA POR EL SUPERVISOR	PROGRAMACIÓN DE TURNOS
	PRESTAR EL SERVICIO DE CONFORMIDAD CON LA PROGRAMACIÓN DE AGENDA ACORDADA CON EL SUPERVISOR DEL CONTRATO, PARA EL DESARROLLO DE SUS ACTIVIDADES	CUMPLE CON PRESTAR EL SERVICIO DE CONFORMIDAD CON LA PROGRAMACIÓN DE AGENDA ACORDADA CON EL SUPERVISOR DEL CONTRATO, PARA EL DESARROLLO DE SUS ACTIVIDADES	SE EVIDENCIA EN LA PROGRAMACION DE TURNOS PLAN DE CONTINGENCIA QUE ES ASIGNADA POR LA LIDER DEL LABORATORIO Y APROBADA POR LA SUPERVISORA DEL CONTRATO
	SE DESARROLLARÁN LAS ACTIVIDADES EN CUALQUIERA DE LAS UNIDADES CORRESPONDIENTES A LA SUBRED CENTRO ORIENTE DE ACUERDO A LA ASIGNACIÓN REALIZADA POR EL SUPERVISOR	SE REALIZAN LAS ACTIVIDADES EN LA UNIDAD INDICADA POR EL SUPERVISOR	PROGRAMACIÓN DE TURNOS

ervaciones:

HONORARIOS FIJOS

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

Catherine Lugo

Firma del Contratista

C.C. 1.024.505.232 **de** BOGOTÁ

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

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 2	
NOMBRE:	MARTHA CECILIA OQUENDO OSPINA
CARGO:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA SALUD CODIGO 242 GRADO 30
FIRMA	

CUENTA DE COBRO No. 6

Fecha 31 /07/2022

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

DEBE A:

CATHERINE LUGO CRISTIANO
C.C 1024505232 DE BOGOTÁ

LA SUMA DE

DOS MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA Y UN MIL PESOS M/CTE (2451000)

Por concepto de:

30 HORAS, Honorarios por Prestación de Servicios en cumplimiento del Contrato No. PS 3581 2022, con afiliación a ARL RIESGO RIESGO 3 correspondiente al mes de JULIO DE 2022.

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO DE APOYO A LA GESTION PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Cordialmente,

Catherine Lugo.

CATHERINE LUGO CRISTIANO
C.C 1024505232
Teléfono : 3214872890 Dirección: CL 31 B SUR 23D 27
N° Cuenta : 102621109 CUENTA DE AHORROS BANCO DE BOGOTA

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1024505232	CATHERINE LUGO CRISTIANO	CALLE 31 B SUR 23 D 27	7145569	catherine.lugo25@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ 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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2022-06	2022-06	I	11/07/2022	59827636	$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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	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
231001	Colfondos	800227940-6	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										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	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