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 2527 2022	**C.D.P. No.:**	104	**Proceso que pertenece:**	MISIONAL
				Servicio al que pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS
				Unidad a la que pertenece:	UHMES VICTORIA

Nombre del Contratista: PEDRO ANTONIO CEPEDA TORRES **C.C.** 79,509,337 **de:** BOGOTÁ

Fecha Inicio: 2022-02-01 **Fecha Terminación inicial:** 2022-07-31 **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	2022-05-31
2	$ 1,634,267	1460	2022-05-01	2022-05-31
3	$ 2,451,400	1728	2022-06-01	2022-06-15
4	$ 2,451,400	1929	2022-06-16	2022-07-31
5	$ 1,634,000	2527	2022-08-01	2022-08-20
6	$ 817,400	2656	2022-08-21	2022-08-31
7				
8				
9				
10				
11				
12				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD	NUMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO PLANILLA
1	FEBRERO	$ 2,380,000	$ 309,360	56422944	01/02/2022
2	MARZO	$ 2,380,000	$ 285,000	56697712	03/03/2022
3	ABRIL	$ 2,380,000	$ 285,000	57472730	04/04/2022
4	MAYO	$ 2,451,400	$ 291,000	1444669947	05/05/2022
5	JUNIO	$ 2,451,400	$ 291,000	588918227	09/06/2022
6	JULIO	$ 2,451,400	$ 291,000	59564480	12/07/2022
7	AGOSTO	$ 2,451,400	$ 291,000	60269293	09/08/2022
8					
9					
10					
11					
12					

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 7,140,000	$ 16,945,600	$ 16,945,600	$ 0

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS DE BACHILLER COMO MENSAJERO MOTORIZADO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Relación de actividades para el período: **Desde:** 2022-08-01 **Hasta:** 2022-08-31

	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO		
	OBLIGACIONES ESPECIFICAS (Las estipuladas en la minuta)	ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUTO O EVIDENCIA
1	ENTREGA DE MATERIAL PARA LA TOMA DE MUESTRA DE TSH NEONATAL EN CADA UNA DE LAS SUBREDES QUE TIENE CONVENIO CON LA INSTITUCIÓN EN EL HORARIO ESTABLECIDO.	ENTREGA FILTROS Y RECOGER MUESTRAS DE TSH NEONATAL A CADA UNO DE LAS UNIDADES DEL DISTRITO QUE TIENE CONTRATO CON LA SUBRED CENTRO ORIENTE EN PROGRAMA DE TSH NEONATAL EN EL HORARIO ESTABLECIDO	SE EVIDENCIA EN EL FORMATO MI-DR-FT-295 QUE SE ENCUENTRA EN LA CARPETA DE TSH NEONATAL DEL LABORATORIO DE GENETICA.
2	RECOGER MUESTRAS DE TSH NEONATAL EN LAS SUBREDES, DILIGENCIAMIENTO DE FORMATOS CON SU RESPECTIVA HOJA DE RELACIÓN.	REALIZA LA ENTREGA DE RESULTADOS DE TSH NEONATAL EN CADA UNO DE LOS HOSPITALES UNA VEZ SEAN PROCESADOS EN EL LABORATOIRO DE GENETICA	SE EVIDENCIA EN EL FORMATO MI-DR-FT-295 QUE SE ENCUENTRA EN LA CARPETA DE TSH NEONATAL DEL LABORATORIO DE GENETICA.
3	ENTREGA DE RESULTADOS DE TSH NEONATAL EN CADA UNO DE LAS SUBREDES, UNA VEZ SEAN PROCESADOS EN EL LABORATORIO DE GENÉTICA.	REALIZA ENTREGA DE RESULTADOS DE TSH NEONATAL EN LAS DEMAS SUBREDES.	SE EVIDENCIA EN EL FORMATO MI-DR-FT-295 QUE SE ENCUENTRA EN LA CARPETA DE TSH NEONATAL DEL LABORATORIO DE GENETICA.
4	ENTREGAR Y RECIBIR LOS INFORMES QUE SEAN ENVIADOS DE CADA INSTITUCIÓN PARA EL LABORATORIO DE GENÉTICA DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE Y VICEVERSA.	ENTREGA Y RECIBE DOCUMENTOS ENVIADOS ENTRE LAS DEMAS SUBREDES CON RELACION A L PROGRAMA DE TSH NEONATAL.	SE EVIDENCIA EN EL FORMATO MI-DR-FT-295 QUE SE ENCUENTRA EN LA CARPETA DE TSH NEONATAL DEL LABORATORIO DE GENETICA.
5	INFORMAR LAS DIFICULTADES QUE SE PRESENTEN EN EL TRANSPORTE Y ENVIÓ DE MUESTRAS.	INFORMA LAS DIFICULTADES QUE SE PRESNETEN EN EL TRASPORTE Y ENVIO DE MUESTRAS.	SE EVIDENCIA EN EL LLAMADO AL SUPERVISOR DEL CONTRATO.
6	SERVIR DE COMUNICACIÓN ENTRE LAS DEMÁS SUBREDES Y EL LABORATORIO DE GENÉTICA DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE EN CUANTO AL PROGRAMA DE TSH NEONATAL.	SIRVE DE COMUNICACIÓN ENTRE HOSPITALES Y EL LABORATORIO DE GENETICA DE LA INSTITUCION, ENCUANTO AL PROGRAMA DE TSH NEONATAL	SE EVIDENCIA EN EL FORMATO MI-DR-FT-295 QUE SE ENCUENTRA EN LA CARPETA DE TSH NEONATAL DEL LABORATORIO DE GENETICA.
7	ASISTIR A LAS REUNIONES PROGRAMADAS PARA EL GRUPO FUNCIONAL POR LA REFERENTE DEL SERVICIO.	APOYA A LA ENTIDAD EN LAS ACTIVIDADES QUE DEMANDA SEGÚN REQUERIMIENTOS INTERINSTITUCIONALES Y EXTRA INSTITUCIONALES, PARTICIPA EN REUNIONES Y CAPACITACIONES QUE FORTALECEN EL PROCESO.	SE EVIDENCIA ASISITENCIA A LAS CAPACITACIONES, INDUCCIONES Y REUNIONES QUE SE MANEJAN EN LA SUBRED FIRMANDO EL FORMATO AP-TH-FT-002
8	ASISTIR A TODAS LAS CAPACITACIONES REALIZADAS POR LA INSTITUCIÓN Y EL ÁREA A LA CUAL PERTENECE.	APOYA A LA ENTIDAD EN LAS ACTIVIDADES QUE DEMANDA SEGÚN REQUERIMIENTOS INTERINSTITUCIONALES Y EXTRA INSTITUCIONALES, PARTICIPA EN REUNIONES Y CAPACITACIONES QUE FORTALECEN EL PROCESO.	SE EVIDENCIA ASISITENCIA A LAS CAPACITACIONES, INDUCCIONES Y REUNIONES QUE SE MANEJAN EN LA SUBRED FIRMANDO EL FORMATO AP-TH-FT-002
9	ENTREGAR ESTADÍSTICAS MENSUALES DE PROGRAMA TSH NEONATAL EN EL LABORATORIO DE SALUD PÚBLICA.	ENTREGO ESTADISTICAS MENSUALES DEL PROGRAMA TSH NEONATAL EN EL LABORATORIO DE SALUD PUBLICA.	SE EVIDENCIA DE ACUERDO A LA PROGRAMACION ESTABLECIDA POR EL SUPERVISOR DE CONTRATO.
10	CUMPLIR DEMÁS ACTIVIDADES ASIGNADAS POR EL REFERENTE DEL LABORATORIO DE GENÉTICA.	CUMPOLE CON TODAS LAS DEMAS ACTIVIDADES QUE SE LE ASIGNAN POR EL PERSONAL DE GENETICA.	SE EVIDENCIA DE ACUERDO A LA PROGRAMACION ESTABLECIDA POR EL SUPERVISOR DE CONTRATO.
11	TRANSPORTAR TODO TIPO DE DOCUMENTOS, MATERIALES Y DEMÁS ACTIVIDADES QUE SE REQUIEREN.	TRANSPORTA TODA LA DOCUMENTACION Y MATERIALES NECESARIA POR EL LABORATORIO DE GENETICA.	SE EVIDENCIA EN EL FORMATO MI-DT-FT-147 QUE SE ENCUENTRA EN LA CARPETA DE TSH NEONATAL QUE ESTA EN ARCHIVO DEL LABORATORIO DE GENETICA.

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

12	APLICAR LAS NORMAS, GUÍAS Y PROTOCOLOS ESTABLECIDOS QUE GARANTICEN LA ADECUADA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, DE CONFORMIDAD CON LOS LINEAMIENTOS INSTITUCIONALES.	APLICA GUÍAS Y PROTOCOLOS QUE ASEGURAN UNA BUENA PRESTACION DEL SERVICIO Y QUE APLIQAN A SU CARGO.	SE EVIDENCIA EN LOS FORMATOS QUE SE ENCUENTRAN EN LA INTRANET MEDIO MAGNETICO Y FISICO QUE SE ENCUENTRAN EN LA OFICINA DEL ABORATORIO CLINICO; CUMPLIENDO LOS LINEAMIENTOS DE LA SUBRED FIRMANDO UN COMPROMISO DE INTEGRIDAD.
13	REALIZAR ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS DE ACUERDO A LA NECESIDAD DEL SERVICIO.	CUMPLE CON ENCARGOS O FUNCIONE SADMINISTRATIVAS QUE SE LE OTORGAN.	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO AL MANEJAR Y ACEPTAR EL CONTRATO REDACTADO POR LA SUBRED EL CUAL SE ENCUENTRA JUNTO CON OTROS PAPELES EN LA PAGINA DE SECOP II.
14	RESPONDER POR LOS ELEMENTOS ENTREGADOS PARA EL DESEMPEÑO DE LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS.	CUIDA MUY BIEN LOS ELEMENTOS QUE SE LE ENTREGAN PARA EL BUEN DESEMPEÑO DE SUS ACTIVIDADES.	SE EVIDENCIA EN EL FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE EPP FORMATO AP-TH-FT-054,ENTREGA DE INSUMOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS PARA HODPITALIZACION Y URGENCIAS FORMATO MI-DT-FT-060 QUE SE ENCUENTRAN DILIGENCIADOS EN UNA AZ EN LA OFICINA DEL LABORATORIO.
15	CONOCER Y DAR CUMPLIMIENTO A LOS PROCEDIMIENTOS, GUÍAS, MANUALES, PROTOCOLOS Y DEMÁS ESTABLECIDOS POR LA ENTIDAD, APOYAR EN LA CREACIÓN, MODIFICACION EH IMPLEMENTACIÓN DE LOS MISMOS.	CONOCE Y CUMPLE CON LOS PROCEDIMIENTOS, GUIAS, PROTOCOLOS O MANUALES QUE ESTAN RELACIONADOS CON SU CARGO.	SE EVIDENCIA ASISITENCIA A LAS CAPACITACIONES, INDUCCIONES Y REUNIONES QUE SE MANEJAN EN LA SUBRED FIRMANDO EL FORMATO AP-TH-FT-002
16	APOYAR A LA ENTIDAD EN LAS ACTIVIDADES QUE DEMANDE SEGÚN REQUERIMIENTOS INTERINSTITUCIONALES.	APOYA CON LAS ACTIVIDADES INTERINSTITUCIONALES	SE EVIDENCIA CON LA ACEPTACION DE CONTRATO DONDE SE FIRMA Y ACEPTA CADA UNA DE LAS ACTIVIDADES DEMANDADAS POR LA SUBRED QUE SE ENCUENTRA EN LA PAGINA DE SECOP II
17	MANTENER LA RESERVA DE LA INFORMACIÓN.	ES RESERVADO CON LA INFOMACION QUE MANEJA.	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO DE ESTE FIRMADO EL ACTA Y COMPROMISO QUE HACE PARTE DEL MANUAL AP-TH-MN-05 DE ETICA Y BUEN GOBIERNO.
18	INFORMAR AL SUPERVISOR DEL CONTRATO CUALQUIER NOVEDAD QUE AFECTE EL CUMPLIMIENTO DE SUS OBLIGACIONES.	INFORMA AL SUPERVISOR TODAS LAS NOVEDADES PRESENTADAS.	SE EVIDENCIA INFORMADO DE FORMA ESCRITA Y VERBAL CON ANTICIPACION CUALQUIER NOVEDAD.
19	VELAR PORQUE LA ATENCIÓN SEA HUMANA, EFICAZ, CÁLIDA CON TODOS Y CADA UNO DE LOS USUARIOS QUE REQUIERAN EL SERVICIO.	PRESTO SU SERVICIO CON HUMANIDAD, RESPETA A LOS USUARIOS.	SE EVIDENCIA POR MEDIO DEL COMPROMISO QUE SE FIRMA EN EL FORMATO AP-TH-FT-088 Y PARA GARANTIZAR LA EXCELENCIA DE NUESTRO SERVICIO SE MANEJAN LAS ENCUESTAS DE CALIDAD FORMATO MI-SP-FT-010
20	VELAR POR EL SEGUIMIENTO DE LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD, SALUD OCUPACIONAL.	CUMPLE CON LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD Y UTILIZA LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL.	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-MI-DT-FT-246.
21	APOYAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD SEGÚN REQUERIMIENTOS DE LA NORMATIVIDAD VIGENTE.	CUMPLE CON LAS NORMAS DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE CALIDAD.	SE EVIDENCIA EN LOS FORMATOS QUE SE ENCUENTRAN EN LA INTRANET MEDIO MAGNETICO Y FISICO QUE SE ENCUENTRAN EN LA OFICINA DEL ABORATORIO CLINICO; CUMPLIENDO LOS LINEAMIENTOS DE LA SUBRED FIRMANDO UN COMPROMISO DE INTEGRIDAD.
22	DILIGENCIAR DE MANERA CLARA, COMPLETA Y OPORTUNA, LOS DOCUMENTOS QUE SE REQUIEREN EN EL DESARROLLO DE SUS ACTIVIDADES DE CONFORMIDAD CON LOS PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS.	DILIGENCIA CORRECTAMENTE LOS DOCUMENTOS QUE SE REQUIEREN PARA ERL DESARROLLO DE SUS ACTIVIDADES.	SE EVIDENCIA ACTIVIDAD EN CADA UNA DE LAS SECCIONES Y FORMATOS QUE SE MANEJAN EN EL LABORATORIO CLINICO.
23	SE DESARROLLARAN 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

Observaciones:

HONORARIOS FIJOS 30 DIAS AGOSTO

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 implementación del Decreto 1273 de 2018 el pago de aportes se hace de manera vencida de acuerdo con las fechas establecidas en el Decreto 1990 de 2016.

Firma del Contratista

C.C. 79,509,337 de BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 1	
NOMBRE:	MARTHA CECILIA OQUENDO (E)
CARGO:	DIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05
FIRMA	
FECHAS	01/08/2022 - 21/08/2022

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 2	
NOMBRE:	IBETH PAOLA GARZON GORDILLO
CARGO:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO ÁREA SALUD CODIGO 237 GRADO 16
FIRMA	

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 3	
NOMBRE:	IVAN DARIO OCHOA PELAEZ
CARGO:	DIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05
FIRMA	
FECHAS	22/08/2022 - 31/08/2022

Cuenta de cobro 07- 2022

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

Nit. 900.959.051-7

DEBE A:

PEDRO ANTONIO CEPEDA TORRES
C.C. 79,509.337de Ciudad BOGOTÁ.

LA SUMA DE:

DOS MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA Y UN MIL CUATROCIENTOS PESOS M/CTE
($ 2.451.400,00)

Por concepto de:

- Honorarios Prestación de servicios Técnicos en cumplimiento del contrato No PS 2527 2022 correspondiente al mes de AGOSTO de 2022.

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,

PEDRO ANTONIO CEPEDA TORRES
C.C.79.509.337
Teléfono 3105571055Dirección: CL 45F SUR88 10
No Cuenta570060491AHORROSDAVIVIENDA

Fecha: 31 DE AGOSTO DE 2022

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): PEDRO ANTONIO CEPEDA TORRES
No. Identificación: CC79509337
Dirección: CLL 54 F SUR # 88 10
Telefono: 4767806
Correo: peterantoni1005@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 60269293

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	PEDRO ANTONIO CEPEDA TORRES	Número de Empleados	1
Tipo y número de identificación	CC79509337	Periodo de Cotización Salud	julio de 2022
Número de planilla	60269293	Periodo de Cotización Pensión	julio de 2022
Fecha pago	2022-08-09	Número de Administradoras	3
Número de autorización pago	1216710	Total Pagado	291000
Banco	1083	Total Intereses de Mora	0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
230301	Porvenir	160000	1
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	6000	1
EPS017	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	125000	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 79509337
APELLIDOS Y NOMBRES: PEDRO ANTONIO CEPEDA TORRES

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS017	230301	1000000	1000000	0	1000000	125000	0	160000	0	0	0

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

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): PEDRO ANTONIO CEPEDA TORRES
No. Identificación: CC79509337
Dirección: CLL 54 F SUR # 88 10
Telefono: 4767806
Correo: peterantoni1005@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 60269293

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	PEDRO ANTONIO CEPEDA TORRES	Número de Empleados	1
Tipo y número de identificación	CC79509337	Periodo de Cotización Salud	julio de 2022
Número de planilla	60269293	Periodo de Cotización Pensión	julio de 2022
Fecha pago	2022-08-09	Número de Administradoras	3
Número de autorización pago	1216710	Total Pagado	291000
Banco	1083	Total Intereses de Mora	0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
230301	Porvenir	160000	1
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	6000	1
EPS017	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	125000	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 79509337
APELLIDOS Y NOMBRES: PEDRO ANTONIO CEPEDA TORRES

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS017	230301	1000000	1000000	0	1000000	125000	0	160000	0	0	0

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