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 1689 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: SIRLEYDIS ISABEL HERNANDEZ DE LA HOZ C.C. 1,082,965,265 de: SANTA MARTA

Fecha Inicio: 2022-04-01 Fecha Terminación Inicial: 30/04/2022 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	1728	2022-06-01	2022-06-15
4	$ 2,451,400	1905	2022-06-16	2022-08-15
5	$ 1,634,000	1905	2022-08-16	2022-08-21
6	$ 817,400	2656	2022-08-22	2022-09-05
7	$ 2,451,400	2761	2022-09-06	2022-09-30
8	$ 2,451,400	3145	2022-10-01	2022-10-31
9	$ 2,451,400	3471	2022-11-01	2022-11-30
10				
11				

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	$ 309,400	56452600	2/2/2022
2	MARZO	$ 2,380,000	$ 329,400	1082965265	3/2/2022
3	ABRIL	$ 2,380,000	$ 329,400	1396693863	4/4/2022
4	MAYO	$ 2,451,400	$ 329,400	1444018196	5/5/2022
5	JUNIO	$ 2,451,400	$ 329,400	59318068	6/6/2022
6	JULIO	$ 2,451,400	$ 329,400	60239940	7/11/2022
7	AGOSTO	$ 2,451,400	$ 329,400	60240044	8/8/2022
8	SEPTIEMBRE	$ 2,451,400	$ 309,400	61507398	12/9/2022
9	OCTUBRE	$ 2,451,400	$ 309,400	62285517	10/10/2022
10	NOVIEMBRE	$ 2,451,400	$ 309,400	62971671	8/11/2022
11					

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 7,140,000	$ 24,299,800	$ 24,299,800	$ 0

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

OBJETO DEL CONTRATO

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.

Relación de actividades para el periodo: Desde: 2022-11-01 Hasta: 2022-11-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUTO O EVIDENCIA
1	Apoyar 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	Depósito central de evidencias
2	Realizar y verificar el inventario en el depositivo central de material probatorio, aplicando los controles necesarios.	Se realiza inventario del depósito 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 rótulos
3	Realizar la entrega a los entes de control solicitantes de material probatorio, diligenciando los formatos correspondientes, llevando registro y puntos de control	Se realizo entrega a los entes de control solicitantes de material probatorio, diligenciando los formatos correspondientes, llevando registro y puntos de control	Libro radicador
4	Articular con el ente correspondiente la entrega de evidencia material probatorio previo a solicitud del mismo y dejando constancia del recibido	Articulación con el ente de control solicitante la entrega de evidencia material probatorio previo a solicitud del mismo y dejando constancia del recibido	Libro radicador
5	Mantener por el tiempo requerido las evidencias, una vez transcurrido realizar el tramite correspondiente para su disposicion final.	Orden e inventario en el deposito central de evidencias una vez recepcionadas	No aplica
6	Realizar capacitaciones al personal asistencial sobre el embalaje, rotulacion y formatos segun la norma actual y dejar registros y evidencia de estasde 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 revisión, 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 previamente firmados
9	Apoyar actividades del proceso de orden y limpieza , conforme a protocolos institucionales.	Se mantiene la limpieza y el orden diario del depósito de evidencia arrojando los residuos a sus canecas correspondientes	depósito central de evidencias organizado
10	Velar porque la atención sea humana, eficaz, válida 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 de formato para elementos de proteccion personal
12	Llevar registro de las actividades y procedimientos que se le asignen, según los formatos o bases de datos del proceso, así 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:
30 DIAS REALIZADAS EN EL MES DE NOVIEMBRE

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.

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 TÉCNICO CODIGO 009 GRADO 05
FIRMA	

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

AC.

PS 1689-2022

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	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		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
					1 / 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2022-10	2022-10	I	08/11/2022	82971671	$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	830903790-5	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

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	1082965265	SIRLEYDIS ISABEL HERNANDEZ DE LA HOZ		KRA. 85A No. 44-09 T G APTO. 421	7560505	sirleydis.hernandez21@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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2022-10	2022-10	I	08/11/2022	62971671	$320,400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colombiano Exterior	Desconocido	IRG	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días cotizados	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1082965265	HERNANDEZ DE LA HOZ SIRLEYDIS ISABEL	59	0			N																	230301	1,000,000	160,000	0	0	0	0	EPS005	1,000,000	125,000	14-11	1,000,000	3	24,400	CCF22	1,000,000	20,000	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Cuenta de cobro 10

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

Nit. 900.959.051-7

FECHA: 30/11/2022

DEBE A:

SIRLEYDIS ISABEL HERNANDEZ DE LA HOZ
C.C. 1082965265 de Ciudad SANTA MARTA

LA SUMA DE:

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

Por concepto de:

- Honorarios Prestación de servicios en cumplimiento del contrato No PS 1689 2022 con afiliación a ARL RIESGO 3, correspondiente al mes de NOVIEMBRE 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. 1082965265
Teléfono 3223055421 Dirección: CRA 85A 44-09 SUR
No Cuenta 7500923920 CUENTA DE AHORROS DAVIVIENDA