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 2432 2022	C.D.P. No.:	105
Proceso que pertenece:	MISIONAL		
Servicio al que pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS		
Unidad a la que pertenece:	UMHES SAN BLAS		
Nombre del Contratista:	LEIDY PAOLA GARZON BENAVIDES	C.C.	1.013.638.057 de: BOGOTÁ D.C.
Fecha Inicio:	2022-02-01	Fecha Terminación inicial:	2022-04-30
Valor Mensual:	$ 2.269.296	Valor a cobrar:	$ 1.853.180

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 862.920	1000	2022-05-01	2022-05-31
2	$ 25.888	1570	2022-05-18	2022-05-31
3	$ 879.315	1705	2022-06-01	2022-06-15
4	$ 4.207.475	1905	2022-06-16	2022-08-15
5	$ 440.640	2586	2022-08-16	2022-08-21
6	$ 1.040.050	2643	2022-08-22	2022-09-05
7	$ 2.363.750	2859	2022-09-06	2022-10-05
8	$ 1.494.427	3204	2022-10-06	2022-11-05
9	$ 2.363.750	3610	2022-11-06	2022-12-05
10	$ 416.020	3851	2022-12-06	2022-12-20
11	$ 1.815.360	4070	2022-12-21	2023-01-20
12				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO PLANILLA
1	FEBRERO	$ 1.707.480	$ 309.360	8356403692	17/02/2022
2	MARZO	$ 1.762.560	$ 309.400	8356806374	7/03/2022
3	ABRIL	$ 1.982.880	$ 309.400	57866377	8/04/2022
4	MAYO	$ 1.758.630	$ 309.400	1446899780	6/05/2022
5	JUNIO	$ 1.872.090	$ 309.360	1446899780	6/06/2022
6	JULIO	$ 2.080.100	$ 309.400	59959457	11/07/2022
7	AGOSTO	$ 1.995.005	$ 309.400	1598416450	11/08/2022
8	SEPTIEMBRE	$ 2.212.470	$ 309.400	61454076	13/09/2022
9	OCTUBRE	$ 2.099.010	$ 309.400	62199597	12/10/2022
10	NOVIEMBRE	$ 1.758.630	$ 309.400	62919228	8/11/2022
11	DICIEMBRE	$ 1.853.180	$ 309.400	63657359	13/12/2022
12					

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 6.609.600	$ 22.519.195	$ 21.082.035	$ 1.437.160

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIO TECNICO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA II 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: 2022-12-01 Hasta: 2022-12-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUTO O EVIDENCIA
1	CUMPLIR CON LA ORGANIZACION, LIMPIEZA Y DESINFECCIONDEL AREA, ASI COMO DE LOS ELEMENTOS NECESARIOS PARA LA EJECUCION DE ACTIVIDADES (DILIGENCIAR REGISTRO EN LIBRO Y FORMTO DE REGISTRO)	CUMPLIÓ CON LA ORGANIZACIÓN, LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DEL ÁREA, ASÍ COMO DE LOS ELEMENTOS NECESARIOS PARA LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES.	FORMATO DE REGISTRO (CODIGO MI-TV-FT052 VERSION 1)
2	CUMPLIR CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE ENCUANTO AL DESEMPEÑO Y PERMANENCIA ENEL AREA DE TRABAJO ASIGNADA(DILIGENCIAR FORMATO DISTIBUCION DE FORMULAS LACTEAS)	CUMPLIÓ CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE EN CUANTO AL DESEMPEÑO Y PERMANENCIA EN EL ÁREA DE TRABAJO ASIGNADA.	FORMATO DISTRIBUCION DE FORMULAS LACTEAS (CODIGO MI-DT-FT-311)
3	GARANTIZAR INOCUIDAD, MANIPULACION, PREPARACION DE LAS FORMULA LACTEAS Y ENTERALES DE ACUERDO A SU DOSIFICACION, PRESCRIPCION DIETARIA Y DISTRIBUCION, CONSERVANDO CALIDAD MICROBIOLOGICA Y NUTRICIONAL. (FORMATO LISTA DE CHEQUEO)	GARANTIZÓ INOCUIDAD EN LA MANIPULACIÓN, PREPARACIÓN DE LAS FÓRMULAS LÁCTEAS Y ENTERALES DE ACUERDO A SU DOSIFICACIÓN, PRESCRIPCIÓN DIETARIA Y DISTRIBUCIÓN, CONSERVANDO CALIDAD MICROBIOLÓGICA Y NUTRICIONAL.	LISTA DE CHEQUEO. (CODIGO MI-TV-FT015 VERSION 01).
4	ASEGURAR LA CORRECTA CONSERVACION Y ADMINISTRACION DE AL LECHE MATERNA A LOS SERVICIOS DE NEONATOLOGIA	NO SE REQUIRIO	NO SE REQUIRIO
5	REGISTRAR ADECUADAMENTE LOS PROCESOS REGISTRADOS EN EL AREA (DILIGENCIAR FORMATO CONTROL DE TEMPERATURA Y HUMEDAD)	REGISTRÓ ADECUADAMENTE LOS PROCESOS REALIZADOS EN EL ÁREA.	FORMATOS DE CONTROL DE TEMPERATURA Y HUMEDAD (CODIGO MI-VT-FT090 VERSION 02) FORMATO DE
6	APOYAR EL CUMPLIMIENTO DEL CODIGO INTERNACIONA DE LACTANCIA MATERNA. (CAPACITACION)	APOYÓ EL CUMPLIMIENTO AL CÓDIGO INTERNACIONAL DE LACTANCIA MATERNA.	CAPACITACION (ACTA DE REUNION)
7	CUMPLIR CON LA ADECUADA LIMPÍEZA, DESINFECCION Y ESTERILIZACION DEL MATERIAL NECESARIO PARA LA PREPARACION Y ADMINISTRACION DE FORMULAS LACTEAS Y ENTERLES (FORMATO DE ENTREEGA Y RECIDO DEL LACTARIO)	CUMPLIÓ CON LA ADECUADA LIMPIEZA, DESINFECCIÓN Y ESTERILIZACIÓN DEL MATERIAL NECESARIO PARA LA PREPARACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE FÓRMULAS LÁCTEAS Y ENTERALES.	FORMATO ENTREGA Y RECIBO DEL LACTARIO (CODIGO MI-DT-FT-319 VERSION 01). ESTERILIZACION.
8	ASISTIR A LAS REUNIONES Y CAPACITACIONES PROGRAMADAS PARA LA SUPERVISION (ACTA DE REUNION).	ASISTIÓ A LAS REUNIONES Y CAPACITACIONES PROGRAMADAS POR LA SUPERVISIÓN.	ACTA DE REUNION MAYO 2020.
9	INFORMAR A LA SUPERVISION ACERCA DE CUALQUIER NOVEDAD EN CUANTO EQUIPOS, MATERIALES E INSUMOS EN CUANTO AL AREA DE TRABAJO (INFORAMCION VERBVAL Y/O REGISTRO DE	INFORMÓ A LA SUPERVISORA ACERCA DE CUALQUIER NOVEDAD EN CUANTO A EQUIPOS, MATERIALES O INSUMOS EN EL ÁREA DE TRABAJO.	INFORMACIÓN VERBAL Y/O REGISTRO LIBRO RADICADOR DE ENTREGA DE TURNO.

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

10	EJECUTAR LAS ACTIVIDADES PROPIAS DE SU OFICIO DE CONFORMIDAD CON LAS NORMAS Y/O REGLAMENTOS DE ACUERDO AL OBJETO CONTRCTUAL Y LAS NECESIDADES DEL SERVICIO (FORMATOS NORMATIZADOS)	EJERCIO LAS ACTIVIDADES PROPIAS DE SU OFICIO DE CONFORMIDAD CON LAS NORMAS Y/O REGLAMENTOS DE ACUERDO AL OBJETO CONTRACTUAL Y LAS NECESIDADES DEL SERVICIO	FORMATOS YA DESCRITOS.
11	CUMPLIR CON LA PROGRAMACIOND E AGENDA O CRONOGRAMA EN EL DESARROLLO DE SUS ACTIVIDADES CONTENIDAS EN EL	CUMPLIÓ CON LA PROGRAMACIÓN DE AGENDA O CRONOGRAMA EN EL DESARROLLO DE SUS ACTIVIDADES. CONTENIDAS EN EL FORMATO DE	FORMATO CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES
12	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 DESARROLLARON LAS ACTIVIDADES EN CUALQUIERA DE LAS UNIDADES CORRESPONDIENTES A LA SUBRED CENTRO ORIENTE DE ACUERDO A LA ASIGNACIÓN REALIZADA POR EL SUPERVISOR.	FORMATO DE TURNOS

Observaciones:

196 HORAS REALIZADAS EN EL MES DE DICIEMBRE

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.

Paola Gaitor

Firma del Contratista

C.C. 1.013.638.057 de BOGOTÁ D.C.

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:	XENIA ASTRID LOZANO RODRIGUEZ
CARGO:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO ÁREA SALUD CODIGO 237 GRADO 15
FIRMA	Xenia Astrid Lozano

CUENTA DE COBRO No. 11

FECHA: 31/12/2022

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

Nit. 900.959.051-7

DEBE A:

LEIDY PAOLA GARZON BENAVIDES
C.C. 1.013.638.057 de BOGOTÁ D.C.

LA SUMA DE:

UN MILLON OCHOCIENTOS CINCUENTA Y TRES MIL CIENTO OCHENTA PESOS M/CTE ($1.853.180)

Por concepto de:

- Honorarios Prestación de servicios en cumplimiento del contrato No PS 2432 2022, con afiliación a ARL RIESGO 3, correspondiente al mes de DICIEMBRE DE 2022.

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

Cordialmente,

Paola Garzon

LEIDY PAOLA GARZON BENAVIDES
C.C. 1.013.638.057
Teléfono: 3192801079 Dirección: CR 78A N°47-30 SUR
No Cuenta: 8480372989 CUENTA DE AHORROS DAVIVIENDA

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	1013638057	LEIDY PAOLA GARZON BENAVIDES		CRR 78 A # 47 - 30 SUR	1234567	PAO12562@HOTMAIL.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	
2022-11	2022-11	I	13/12/2022	63657359	$309.400	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	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										
14-11	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

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	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	309.400	309.400

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