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 2442 2022	**C.D.P. No.:**	105
Proceso que pertenece:	MISIONAL		
Servicio al que pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS		
Unidad a la que pertenece:	UMHES SANTA CLARA		
Nombre del Contratista:	DARLY CAMILA AYA ROMERO	**C.C.**	1.030.684.156 de: BOGOTÁ D.C.
Fecha Inicio:	2022-02-01	**Fecha Terminación inicial:**	2022-04-30
Valor Mensual:	$ 2.269.296	**Valor a cobrar:**	$ 1.928.820

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 1.578.960	1000	2022-05-01	2022-05-31
2	$ 47.369	1570	2022-05-18	2022-05-31
3	$ 850.950	1705	2022-06-01	2022-06-15
4	$ 3.914.370	1905	2022-06-16	2022-08-15
5	$ 468.180	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	$ 1.258.061	3204	2022-10-06	2022-11-05
9	$ 1.891.000	3610	2022-11-06	2022-12-05
10	$ 520.025	3851	2022-12-06	2022-12-20
11	$ 1.872.090	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	$ 2.478.600	$ 309.360	8356122289	8/02/2022
2	MARZO	$ 2.019.600	$ 309.400	8356977821	2/03/2022
3	ABRIL	$ 1.927.800	$ 309.400	8357678875	1/04/2022
4	MAYO	$ 1.796.450	$ 309.000	8358359436	10/05/2022
5	JUNIO	$ 1.701.900	$ 309.360	8358359436	14/06/2022
6	JULIO	$ 1.843.725	$ 309.360	8359763955	11/07/2022
7	AGOSTO	$ 1.995.005	$ 309.400	8360476280	9/08/2022
8	SEPTIEMBRE	$ 1.815.360	$ 309.400	8361259657	8/09/2022
9	OCTUBRE	$ 1.758.630	$ 309.400	8362015142	11/10/2022
10	NOVIEMBRE	$ 1.645.170	$ 309.400	8362728514	9/11/2022
11	DICIEMBRE	$ 1.928.820	$ 309.400	63470497	13/12/2022
12					

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 6.609.600	$ 22.414.405	$ 20.911.060	$ 1.503.345

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.	INFORMACION 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)	EJERCIÓ 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:

204 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.

Camila Ayala.
Firma del Contratista

C.C. 1.030.684.156 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 R

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:

DARLY CAMILA AYA ROMERO
C.C. 1.030.684.156 de BOGOTÁ D.C.

LA SUMA DE:

UN MILLON NOVECIENTOS VEINTIOCHO MIL OCHOCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE ($1.928.820)

Por concepto de:

- Honorarios Prestación de servicios en cumplimiento del contrato No PS 2442 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,

Camila Ayala.

DARLY CAMILA AYA ROMERO
C.C. 1.030.684.156
Teléfono: 3102550501 Dirección: KR 80J 53A 30 SUR
No Cuenta: 4,8842103826e+11 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	1030684156	DARLY CAMILA AYA ROMERO		cra 80j #53a-30 sur	3102550501	c.ami1059@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: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2022-11	2022-11	I	13/12/2022	63470497	$315,400

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					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	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
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	6.000	0	0	6.000	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	6.000	6.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	315.400	315.400

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