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 3093 2023	**C.D.P. No.:**	114	**Proceso que pertenece:**	MISIONAL
				Servicio al que pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS
				Unidad a la que pertenece:	HOSPITAL SANTA CLARA

Nombre del Contratista:	CATHERINE LUGO CRISTIANO	**C.C.**	1.024.505.232	**de:**	BOGOTÁ D.C.

Fecha Inicio:	2023-02-01	**Fecha Terminación inicial:**	2023-04-30	**Valor Mensual:**	$ 2.451.400	**Valor a cobrar:**	$ 2.451.400

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

N° CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO PLANILLA
1	FEBRERO	$ 2.451.400	$ 382.100	65032062	8/02/2023
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 7.354.200	$ 7.354.200	$ 2.451.400	$ 4.902.800

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

OBJETO DEL CONTRATO

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

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2023-02-01 **Hasta:** 2023-02-28

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUTO O EVIDENCIA
1	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 CERIFICACION DE CUMPLIMIENTO Y O INFORME PARCIAL DE SUPERVISION FORMATO AP-IA-FT-010
2	REALIZAR EL PEDIDO MENSUAL DEL ÁREA CON RESPECTO A LA NECESIDAD DE PAPELERÍA Y SUMINISTROS DE LA OFICINA	CUMPLE CON REALIZAR EL PEDIDO MENSUAL DEL ÁREA CON RESPECTO A LA NECESIDAD DE PAPELERÍA Y SUMINISTROS DE LA OFICINA	SE EVIDENCIA EN EL APLICATIVO DE INFORMACION DINAMICA
3	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.	
4	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.
5	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.
6	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
7	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
8	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.
9	INFORMAR A LOS USUARIOS SOBRE LOS PROCESOS GENERALES ADMINISTRATIVOS Y DOCUMENTACIÓN PARA ACCEDER A LOS SERVICIOS	CUMPLE CON APOYAR LA CONSOLIDACIÓN MENSUAL DE ESTADÍSTICAS Y SUMINISTRAR OPORTUNAMENTE LA INFORMACIÓN REQUERIDA POR LA SUBRED.	SE EVIDENCIA EN LA AZ QUE REPOSAN EN LABRATORIO CLINICO
10	APOYAR LA CONSOLIDACIÓN MENSUAL DE ESTADÍSTICAS Y SUMINISTRAR OPORTUNAMENTE LA INFORMACIÓN REQUERIDA POR LA SUBRED	CUMPLE CON APOYAR EN LAS DIFERENTES ACTIVIDADES EN LAS CUALES SEA REQUERA, 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
11	APOYAR EN LAS DIFERENTES ACTIVIDADES EN LAS CUALES SEA REQUERA, DE CONFORMIDAD CON LA NECESIDAD DEL SERVICIO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE	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.

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	REGISTRAR EN EL SISTEMA DE INFORMACION LOS DATOS NECESARIOS DEL USUARIO CON EL FIN DE ENTREGAR RESULTADOS DE LABORATORIO CLINICOS, DE TOXICOLOGÍA Y SERVICIOS TRANSFUSIONALES	CUMPLE CON INFORMAR AL PERSONAL DE LABORATORIO CLINICOS, DE TOXICOLOGÍA Y SERVICIOS TRANSFUSIONALES SOBRE LAS REUNIONES, COMITÉS, CAPACITACIONES Y DEMÁS COMPROMISOS.	NO SE REQUIERE
13	INFORMAR AL PERSONAL DE LABORATORIO CLINICOS, 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
14	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-[illegible]
15	VELAR POR EL SEGUIMIENTO DE LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD, SALUD OCUPACIONAL Y GESTION 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
16	DEMAS 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
17	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
18	PRESTAR EL SERVICIO DE CONFORMIDAD CON LA PROGRAMACION DE AGENDA ACORDADA CON EL SUPERVISOR DEL CONTRATO, PARA EL DESARROLLO DE SUS ACTIVIDADES	CUMPLE CON PRESTAR EL SERVICIO DE CONFORMIDAD CON LA PROGRAMACION 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 .
19	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

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.

Catherine Lugo.

Firma del Contratista

C.C. 1.024.505.232 de BOGOTÁ D.C.

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 1	
NOMBRE:	MARTHA CECILIA OQUENDO OSPINA
CARGO:	DIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05 (E)
FIRMA	

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 2	
NOMBRE:	MARTHA CECILIA OQUENDO OSPINA
CARGO:	DIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05 (E)
FIRMA	

CUENTA DE COBRO No. 2

FECHA: 28/02/2023

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

Nit. 900.959.051-7

DEBE A:

CATHERINE LUGO CRISTIANO
C.C. 1.024.505.232 DE BOGOTÁ D.C.

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 3093 2023, con afiliación a ARL RIESGO 3, correspondiente al MES DE FEBRERO DE 2023.

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. 1.024.505.232 DE BOGOTÁ D.C.
Teléfono: 3214872890 Dirección: DG 16 SUR # 51A 50
No 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
2023-01	2023-01	I	08/02/2023	65032062	TOTAL A PAGAR	
					$382.100	

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	145.000	0		0		0	0	0	0	145.000	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	185.600	0	0	0	0	0	0		185.600	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	28.300				28.300	0	0	28.300			283	28.300	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	23.200	0	0	23.200	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	145.000	145.000
Pensión	1	185.600	185.600
Riesgos Laborales	1	28.300	28.300
CCF	1	23.200	23.200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	382.100	382.100

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