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 3085 2023	**C.D.P. No.:**	114	**Proceso que pertenece:**	MISIONAL
				Servicio al que pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS
				Unidad a la que pertenece:	HOSPITAL VICTORIA

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

Fecha Inicio: 2023-02-01 **Fecha Terminación inicial:** 2023-04-30 **Valor Mensual:** $ 2,672,026 **Valor a cobrar:** $ 2,672,026

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 220,626	861		
2	$ 2,672,026	1030	2023-05-01	2023-05-31
3	$ 2,672,026	1391	2023-06-01	2023-06-30
4	$ 5,344,052	2169	2023-07-01	2023-08-31
5	$ 2,672,026	2967	2023-09-01	2023-09-30
6	$ 2,672,026	3385	2023-10-01	2023-10-31
7	$ 2,672,026	0	2023-11-01	2023-11-30
8				
9				
10				
11				
12				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NUMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO PLANILLA
1	FEBRERO	$ 2,451,400	$ 337,600	64768614	9/2/2023
2	MARZO	$ 2,451,400	$ 337,600	65484578	3/3/2023
3	ABRIL	$ 2,672,026	$ 337,600	66305811	3/4/2023
4	MAYO	$ 2,672,026	$ 337,600	66800941	9/5/2023
5	JUNIO	$ 2,672,026	$ 337,700	67797817	9/6/2023
6	JULIO	$ 2,672,026	$ 337,700	68534048	11/7/2023
7	AGOSTO	$ 2,672,026	$ 337,700	69311093	10/8/2023
8	SEPTIEMBRE	$ 2,672,026	$ 337,700	70098250	11/9/2023
9	OCTUBRE	$ 2,672,026	$ 337,700	8370863295	19/10/2023
10	NOVIEMBRE	$ 2,672,026	$ 337,700	71651686	17/10/2023
11					
12					

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 7,354,200	$ 26,279,008	$ 26,279,008	$ 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 periodo: **Desde:** 2023-11-01 **Hasta:** 2023-11-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las establecidas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUTO O EVIDENCIA
1	ORIENTAR AL USUARIO DEL SERVICIO DE LABORATORIO, IMPARTIENDO LAS INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS SOBRE LA FORMA DE RECOLECCIÓN DE LAS MUESTRAS Y LAS CONDICIONES COMO SE DEBE PRESENTAR AL EXAMEN.	CUMPLE CON ORIENTAR AL USUARIO DEL SERVICIO DE LABORATORIO, IMPARTIENDO LAS INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS SOBRE LA FORMA DE RECOLECCIÓN DE LAS MUESTRAS Y LAS CONDICIONES COMO SE DEBE PRESENTAR AL EXAMEN Y PRESENTAR LOS RESULTADOS DE LOS ANÁLISIS CUMPLIENDO EL PROCEDIMIENTO.	SE EVIDENCIA EN LAS OBSERVCIONES DE LA ORDEN MEDICA LAS MEDIDAS CORRECTAS PARA LA PREPARACION DE LOS PACIENTES EN LA TOMA DE MUESTRA.
2	REALIZAR LA TOMA DE MUESTRAS DE ACUERDO CON LOS EXÁMENES SOLICITADOS, ORGANIZARLAS, EMBALARLAS, ENTREGARLAS AL MENSAJERO, CLASIFICARLAS, DISTRIBUIRLAS PARA LOS DIFERENTES SECCIONES DEL LABORATORIO	CUMPLE CON REALIZAR LA TOMA DE MUESTRAS QUE SE VAN A ANALIZAR DE ACUERDO CON LOS EXÁMENES SOLICITADOS, _ORGANIZARLAS, EMBALARLAS, ENTREGARLAS AL MENSAJERO, CLASIFICARLAS, DISTRIBUIRLAS PARA LOS DIFERENTES SECCIONES DEL LABORATORIO.	SE EVIDENCIA EN LOS FORMATOS MI-DT-FT-061 VERIFICACION DE DATOS EN LA TOMA DE MUESTRA DE LOS PACIENTES, PRIORIZACION DE PACIENTES EN EL FORMATO MI-DT-FT-087, ENTREGA DE MUESTRAS Y EMBALAJE DE MUESTRAS FORMATO MI-DT-FT-083 Y FORMATO MI-DT-FT-082 QUE SE ENCUENTRAN EN LA TOMA DE MUESTRA Y EN LA SECCION DE RECEPCION DE MUESTRAS EN EL LABORATORIO CLINICO. CUMPLE CON LOS PROTOCOLOS HABILITADOS Y ANEXOS DE LA TOMA DE MUESTRA
3	PREPARAR EL MATERIAL NECESARIO PARA SU PROCESAMIENTO PARA MONTAR LAS PRUEBAS REQUERIDAS DE CONFORMIDAD CON LOS PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS	CUMPLE CON PREPARAR EL MATERIAL NECESARIO PARA SU PROCESAMIENTO PARA MONTAR LAS PRUEBAS REQUERIDAS DE CONFORMIDAD CON LOS PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS.	QUEDA EVIDENCIA EN EL LABORATORIO CLINICO, EN EL FORMATO MI-DT FT-387 MI-DT-FT-181 LA CITACION CON LA PREPARACION ADECUADA PARA TOMA DE EXAMENES.
4	HACER ENTREGA DE LOS RESULTADOS DE LABORATORIO CLÍNICO DE ACUERDO CON LOS PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS EN LA INSTITUCIÓN	CUMPLE CON HACER ENTREGA DE LOS RESULTADOS DE LABORATORIO CLÍNICO DE ACUERDO CON LOS PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS EN LA INSTITUCIÓN.	SE EVIDENCIA ENTREGA DE RESULTADOS EN LA CENTRAL DE ENTREGA DE RESULTADO EVIDENCIANDO EN LA FACTURA UNA VEZ YA TOMADOS LOS EXAMENES SE ANEXA EL FORMATO MI-DT-FT-063. ENTREGA DE RESULTADOS
5	REALIZAR LIMPIEZA Y DESINFECCION DE AREAS Y EQUIPOS	CUMPLE CON REALIZAR LIMPIEZA Y DESINFECCION DE AREAS Y EQUIPOS.	SE EVIDENCIA EN LOS FORMATOS MI-DT-FT-068, MI-DT-FT-243 LOS CUALES SE ENCUENTRAN EN LAS CARPETAS MARCADAS COMO LIMPIEZA Y DESINFECCION, ESTAN EN TODAS LAS SECCIONES REALIZANDOLO EN LOS DIEFERENTES TURNOS DEL DIA.
6	ASISTIR AL PROFESIONAL EN LA REALIZACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS DE LABORATORIO CLÍNICO CON EFICIENCIA Y EFICACIA	CUMPLE CON ASISTIR AL PROFESIONAL EN LA REALIZACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS DE LABORATORIO CLÍNICO CON EFICIENCIA Y EFICACIA.	SE EVIDENCIA EN EL INORESO DE MUESTRAS, EL MONTAJE, COLORACION DE EXAMENES Y CENTRIFUGACION DE MUESTRAS.
7	DILIGENCIAR DE MANERA CLARA, COMPLETA Y OPORTUNA, LOS DOCUMENTOS QUE SE REQUIEREN EN EL DESARROLLO DE SUS ACTIVIDADES DE CONFORMIDAD CON LOS PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS	CUMPLE CON DILIGENCIAR DE MANERA CLARA, COMPLETA Y OPORTUNA, LOS DOCUMENTOS QUE SE REQUIEREN EN EL DESARROLLO DE SUS ACTIVIDADES DE CONFORMIDAD CON LOS PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS.	SE EVIDENCIA ACTIVIDAD EN CADA UNA DE LAS SECCIONES Y FORMATOS QUE SE MANEJAN EN EL LABORATORIO CLINICO.
8	APLICAR LAS NORMAS, GUÍAS Y PROTOCOLOS ESTABLECIDOS QUE GARANTICEN LA ADECUADA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, DE CONFORMIDAD CON LOS LINEAMIENTOS INSTITUCIONALES	CUMPLE CON APLICAR LAS NORMAS, GUÍAS Y PROTOCOLOS ESTABLECIDOS QUE GARANTICEN LA ADECUADA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, DE CONFORMIDAD CON LOS LINEAMIENTOS INSTITUCIONALES.	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 INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
9	APOYAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD SEGÚN REQUERIMIENTOS DE LA NORMATIVIDAD VIOENTE	CUMPLE CON APOYAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD SEGÚN REQUERIMIENTOS DE LA NORMATIVIDAD VIGENTE.	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.
10	RESPONDER POR LOS ELEMENTOS ENTREGADOS PARA EL DESEMPEÑO DE LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS	CUMPLE CON RESPONDER POR LOS ELEMENTOS ENTREGADOS PARA EL DESEMPEÑO DE LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS.	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 CLINICO.
11	PARTICIPAR EN LAS JORNADAS DE CAPACITACIÓN, INDUCCIÓN, REUNIONES Y EVENTOS A LOS CUALES SEA CONVOCADO	CUMPLE CON PARTICIPAR EN LAS JORNADAS DE CAPACITACIÓN, INDUCCIÓN, REUNIONES Y EVENTOS A LOS CUALES SEA CONVOCADO.	SE EVIDENCIA ASISITENCIA A LAS CAPACITACIONES, INDUCCIONES Y REUNIONES QUE SE MANEJAN EN LA SUBRED FIRMANDO EL FORMATO AP-TH-FT-002.
12	CONOCER Y DAR CUMPLIMIENTO A LOS PROCEDIMIENTOS, GUÍAS, MANUALES, PROTOCOLOS Y DEMÁS ESTABLECIDOS POR LA ENTIDAD, ADEMÁS DE APOYAR LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS MISMOS	CUMPLE CON CONOCER Y DAR CUMPLIMIENTO A LOS PROCEDIMIENTOS, GUÍAS, MANUALES, PROTOCOLOS Y DEMÁS ESTABLECIDOS POR LA ENTIDAD, ADEMÁS DE APOYAR LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS MISMOS.	SE EVIDENCIA EL CUMPLIMIENTO EN EL ENTRENAMIENTOS DEL PUESTO DEL TRABAJO AP-TH-FT-094, REALIZANDO LA LECTURA Y EJECUCION DE LOS MANUALES , PROTOCOLOS Y ANEXOS PARA ESO SE REALIZA FIRMAS EN LOS FORMATOS ACTAS DE CAPACITACION Y REUNIONES ESTABLECIDAS AP-TH-FT-002, Y FORMATO EC-CO-FT-001.
13	APOYAR A LA ENTIDAD EN LAS ACTIVIDADES QUE DEMANDE SEGÚN REQUERIMIENTOS INTERINSTITUCIONALES Y EXTRA INSTITUCIONALES	CUMPLE CON APOYAR A LA ENTIDAD EN LAS ACTIVIDADES QUE DEMANDE SEGÚN REQUERIMIENTOS INTERINSTITUCIONALES Y EXTRA INSTITUCIONALES.	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.
14	PARTICIPAR EN LA ELABORACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE LOS MANUALES DE NORMAS PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS ASISTENCIALES DEL ÁREA	CUMPLE CON PARTICIPAR EN LA ELABORACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE LOS MANUALES DE NORMAS PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS ASISTENCIALES DEL ÁREA.	SE EVIDENCIA EN LOS FORMATOS DE ACTAS, CAPACITACIONES AP-TH-FT-002, EC-CO-FT-001.
15	MANTENER LA RESERVA DE LA INFORMACIÓN	CUMPLE CON MANTENER LA RESERVA DE LA INFORMACIÓN.	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO DE ESTE FIRMADO EL ACTA Y COMPROMISO QUE HACE PARTE DEL MANUAL AP-TH-MN-05 DE ETICA Y

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

16	ASISTIR A TODAS LAS CAPACITACIONES REALIZADAS POR LA INSTITUCIÓN Y EL AREA 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 ASISTENCIA A LAS CAPACITACIONES, INDUCCIONES Y REUNIONES QUE SE MANEJAN EN LA SUBRED FIRMANDO EL FORMATO AP-TH-FT-002
17	APLICAR LAS NORMAS, GUÍAS Y PROTOCOLOS ESTABLECIDOS QUE GARANTICEN LA ADECUADA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, DE CONFORMIDAD CON LOS LINEAMIENTOS INSTITUCIONALES	COMPRENDE Y SOCIALIZA LAS NORMA, GUIAS Y PROTOCOLOS ESTABLECIDOS POR LA INSTITUCIÓN LOS CUALES GARANTIZAN LA ADECUADA PRESTACION DEL SERVICIO DE CONFORMIDAD CON LOS LINEAMIENTOS INSTITUCIONALES, PARTICIPA EN LA SOCIALIZACION DE LOS MISMOS.	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
18	APOYAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD SEGÚN REQUERIMIENTOS DE LA NORMATIVIDAD VIGENTE	APOYA EL CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE LA CALIDAD SEGÚN REQUERIMIENTOS DE LA NORMATIVIDAD VIGENTE, REALIZA DILIGENCIAMIENTO DE FORMATOS.	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.
19	RESPONDER POR LOS ELEMENTOS ENTREGADOS PARA EL DESEMPEÑO DE LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS	RESPONDE Y CUIDA TODOS LOS ELEMENTOS ENTREGADOS PARA EL DESEMPEÑO DE LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS.	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-
20	CONOCER Y DAR CUMPLIMIENTO A LOS PROCEDIMIENTOS, GUÍAS, MANUALES, PROTOCOLOS Y DEMÁS ESTABLECIDOS POR LA ENTIDAD, ADEMÁS DE APOYAR LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS MISMOS	CONOCE Y DA CUMPLIMIENTO A LOS PROCEDIMIENTOS, GUIAS, MANUALES, PROTOCOLOS Y DEMAS ESTABLECIDOS POR LA ENTIDAD, ADEMAS APOYA LA IMPLEMENTACION DE LOS MISMOS.	SE EVIDENCIA EL CUMPLIMIENTO EN EL ENTRENAMIENTOS DEL 'PUESTO DEL TRABAJO AP-TH-FT-094, REALIZANDO LA LECTURA Y EJECUCION DE LOS MANUALES , PROTOCOLOS Y ANEXOS PAA ESO
21	DESEMPEÑAR LAS DEMÁS FUNCIONES RELACIONADAS CON LA NATURALEZA DE SU ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y ÁREA DE DESEMPEÑO	CUMPLE CON LAS DEMÁS ACTIVIDADES Y FUNCIONES OTORGADAS EN LA INSTITUCIÓN POR PARTE DEL SUPERVISOR DE CONTRATO.	SE EVIDENCIA DE ACUERDO A LAS FUNCIONES ESTABLECIDAS POR LA SUPERVISORA DEL CONTRATO Y PROGRAMACION DE TURNOS QUE SE ENCUENTRAN EN LA CARPETA DE TALENTO HUMANO
22	PARTICIPAR EN LA ELABORACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE LOS MANUALES DE NORMAS PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS ASISTENCIALES DEL ÁREA	COLABORA EN ELABORACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE LOS MANUALES DE NORMAS, PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS ASISTENCIALES DEL ÁREA.	SE EVIDENCIA EL CUMPLIMIENTO EN EL ENTRENAMIENTOS DEL 'PUESTO DEL TRABAJO AP-TH-FT-094, REALIZANDO LA LECTURA Y EJECUCION DE LOS MANUALES , PROTOCOLOS Y ANEXOS PAA ESO
23	MANTENER LA RESERVA DE LA INFORMACION	VELA PORQUE LA INFORMACIÓN BRINDADA SE MANTENGA EN RESERVAPARA MANTENER PRIVACIDAD DE LOS PACIENTES.	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO DE ESTE FIRMADO EL ACTA Y COMPROMISO QUE HACE PARTE DEL MANUAL AP-TH-MN-05 DE ETICA Y BUEN GOBIERNO.
24	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 DE MANERA CLARA, COMPLETA LOS FORMATOS QUE REQUIERE DENTRO DEL CUMPLIMIENTO DE SUS ACTIVIDADES TENIENDO EN CUENTA LAS ESPECIFICACIONES DADASEN LOS PROCESOS DENTRO DEL LABORATORIO DE GENETICA.	SE EVIDENCIA ACTIVIDAD EN CADA UNA DE LAS SECCIONES Y FORMATOS QUE SE MANEJAN EN EL LABORATORIO CLINICO.
25	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	PROGRAMACION DE TURNOS

Observaciones:

30 HORAS 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.

Firma del Contratista

C.C. 79.509.337 de BOGOTÁ D.C.

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 1	
NOMBRE:	ANIS CRISTINA GONZALEZ ROMERO
CARGO:	DIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05
FIRMA	

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

CUENTA DE COBRO No. 11

FECHA: 30/11/2023

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

Nit. 900.959.051-7

DEBE A:

PEDRO ANTONIO CEPEDA TORRES
C.C. 79.509.337 DE BOGOTÁ D.C.

LA SUMA DE:

DOS MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y DOS MIL VEINTISEIS PESOS M/CTE

($ 2.672.026)

Por concepto de:

- Honorarios Prestación de servicios en cumplimiento del contrato No PS 3085 2023, con afiliación a ARL RIESGO 4, correspondiente al MES DE NOVIEMBRE DE 2023.

OBJETO: 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.

Cordialmente,

PEDRO ANTONIO CEPEDA TORRES
C.C. 79.509.337 DE BOGOTÁ D.C.
Teléfono: 3105571055 Dirección: CL 54 F SUR 88 10
No Cuenta: 570060491 CUENTA DE AHORROS DAVIVIENDA

[illegible] certifica que proceso el pago realizado por:

[illegible]	PEDRO ANTONIO CEPEDA TORRES
No. Identificación:	CC79509337
Dirección:	CLL 5 F SUR # 88 10
Teléfono:	4767806
Correo:	[illegible]1005@gmail.com
Ciudad:	BOGOTA D.C
Número de Planilla:	71651686

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

[illegible]	PEDRO ANTONIO CEPEDA TORRES
[illegible]	CC [illegible]
Número de Planilla	[illegible]
[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]

Número de Empleados	[illegible]
Periodo de Cotización Salud	[illegible]
Periodo de Cotización Pensión	[illegible]
Número de Administradoras	[illegible]
Total Pagado	[illegible]
[illegible]	[illegible]

CODIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NUMERO DE AFILIADOS
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
EPS[illegible]	[illegible] EPS [illegible]	[illegible]	[illegible]

TIPO DOC: CC
No. DOCUMENTO: [illegible]
APELLIDOS Y NOMBRES: PEDRO ANTONIO CEPEDA TORRES

[illegible]	[illegible]	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACION SALUD	VALOR UPC	COTIZACION PENSION	FONDO SOLIDARIDAD SUBSISTENCIA	COTIZACION RIESGOS	APORTE CAJAS
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

Powered by CamScanner

compensarmiplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 1 de 2

DATOS DEL APORTANTE

TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	79509337	PEDRO ANTONIO CEPEDA TORRES	CLL 54 F SUR # 88 10	4787806	pedrocepeda1005@gmail.com	

FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO
UNICA	1 - Independiente			BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.

DATOS DE LA PLANILLA

PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD IBC
71651656	17/10/2023				1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES					TOTAL A PAGAR
2023-10	2023-10	N	14/11/2023	724399 13		$28.500

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					

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

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	FSP Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-31	ARL SURA	800803790-5	28.300				28.300		200	28.500			285	28.500	

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, ITP, Y Mora	Total a Pagar
Salud	0	0	0
Pensión	0	0	0
Riesgos Laborales	1	28.300	28.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	1	28.300	28.500

Powered by CamScanner

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	79509337	PEDRO ANTONIO CEPEDA TORRES	CLL 54 F SUR # 88 10	4767806	peterantoni1005@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
71651686	17/10/2023				1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-10	2023-10	N	14/11/2023	72439913	$28.500	

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					

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

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	28.300				28.300	4	200	28.500			283	28.500	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	0	0	0
Pensión	0	0	0
Riesgos Laborales	1	28.300	28.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	1	28.300	28.500

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	79509337	PEDRO ANTONIO CEPEDA TORRES	CLL 54 F SUR # 86 10	4767806	peteranton1005@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
71651686	17/10/2023				1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-10	2023-10	N	14/11/2023	72439913	$28.500	

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES															PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colomb. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	COTIZACIÓN	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	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC	79509337	CEPEDA TORRES PEDRO ANTONIO	59	0			N																	230301	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS017	1.160.000	145.000	14-11	1.160.000	3	28.300	CCF24	1.160.000	7.000	0	0	0	0	0

PAGADA

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

1 Modificación del contrato
2 Información general
3 Condiciones
4 Bienes y servicios
5 Documentos del Proveedor
6 Documentos del contrato
7 Información presupuestal
8 Ejecución del Contrato
9 Modificaciones del Contrato
10 Incumplimientos

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
PS 3085 2023 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2023.pdf	PS 3085 2023 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2023.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
NC4 SUP 1 COMPLEMENTARIOS.zip	NC4 SUP 1 COMPLEMENTARIOS.zip	Comprador	Descargar	Detalle
PS 3085 2023 COMUNICACION SUPERVISOR 27-3-2023.pdf	PS 3085 2023 COMUNICACION SUPERVISOR 27-3-2023.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
NC3 SUP 1 DIR COMPLEMENTARIOS 30-3-23.zip	NC3 SUP 1 DIR COMPLEMENTARIOS 30-3-23.zip	Comprador	Descargar	Detalle
PS 3085 2023 COMUNICACIÓN SUPEVISOR 1 30-3-23.pdf	PS 3085 2023 COMUNICACIÓN SUPEVISOR 1 30-3-23.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
PS 3085 2023 CUENTA DE COBRO MARZO 2023.pdf	PS 3085 2023 CUENTA DE COBRO MARZO 2023.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
PS 3085 2023 CUENTA DE COBRO ABRIL DE 2023.pdf	PS 3085 2023 CUENTA DE COBRO ABRIL DE 2023.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
RP PS 3085 2023.pdf	RP PS 3085 2023.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
PS 3085 2023 CUENTA DE COBRO MAYO 2023.pdf	PS 3085 2023 CUENTA DE COBRO MAYO 2023.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
PS 3085 2023 CUENTA DE COBRO JUNIO 2023.pdf	PS 3085 2023 CUENTA DE COBRO JUNIO 2023.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
PS 3085 2023 CUENTA DE COBRO JULIO 2023.pdf	PS 3085 2023 CUENTA DE COBRO JULIO 2023.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
PS 3085 2023 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2023.pdf	PS 3085 2023 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2023.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
PS 3085 2023 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2023.pdf	PS 3085 2023 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2023.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
PS 3085 2023 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2023.pdf	PS 3085 2023 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2023.pdf	Comprador	Descargar	Detalle