

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 1828 2024C.D.P. No.:143Proceso que pertenece: MISIONALServicio al que pertenece: DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOSUnidad a la que pertenece: HOSPITAL SANTA CLARA

Nombre del Contratista: NICOLE CAMILA GONZALEZ RAMIREZC.C. 1.000.353.526de: BOGOTÁ D.C.

Fecha Inicio: 2024-01-21Fecha Terminación Inicial: 2024-02-20Valor Mensual: \$ 2.061.200Valor a cobrar: \$ 618.360

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	ENERO	\$ 618.360	\$ 358.900	9460859872	18/01/2024
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO

\$ 4.122.400

VALOR TOTAL DEL CONTRATO

\$ 4.122.400

PAGOS REALIZADOS

\$ 618.360

SALDO DEL CONTRATO

\$ 3.504.040

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

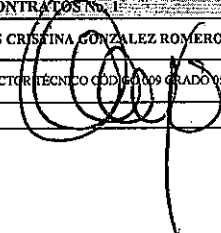
OBJETO DEL CONTRATO

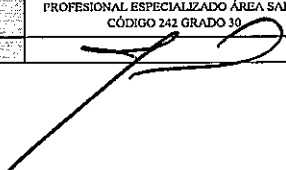
PRESTAR SERVICIO TECNICOS COMO AUXILIAR LABORATORIO Y/O ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Relación de actividades para el periodo:Desde: 2024-01-21Hasta: 2024-01-31

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO
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.
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.
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.
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.
5. REALIZAR LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DE AREAS Y EQUIPOS	CUMPLE CON REALIZAR LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DE AREAS Y EQUIPOS.
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.
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.
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.
9. APOYAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD SEGÚN REQUERIMIENTOS DE LA NORMATIVIDAD VIGENTE	CUMPLE CON APOYAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD SEGÚN REQUERIMIENTOS DE LA NORMATIVIDAD VIGENTE.
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.
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.
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.

 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	
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 ACEPTACIÓN 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-01 DE ETICA Y BUEN GOBIERNO.		
16	INFORMAR AL SUPERVISOR DEL CONTRATO CUALQUIER NOVEDAD QUE AFECTE EL CUMPLIMIENTO DE SUS OBLIGACIONES	CUMPLE CON INFORMAR AL SUPERVISOR DEL CONTRATO CUALQUIER NOVEDAD QUE AFECTE EL CUMPLIMIENTO DE SUS OBLIGACIONES.	SE EVIDENCIA INFORMADO DE FORMA ESCRITA Y VERBAL CON ANTICIPACION CUALQUIER NOVEDAD.		
17	VELAR PORQUE LA ATENCIÓN SEA HUMANA, EFICAZ, CALIDA CON TODOS Y CADA UNO DE LOS USUARIOS QUE REQUIERAN EL SERVICIO	CUMPLE CON VELAR PORQUE LA ATENCIÓN SEA HUMANA, EFICAZ, CALIDA CON TODOS Y CADA UNO DE LOS USUARIOS QUE REQUIERAN EL SERVICIO.	SE EVIDENCIA POR MEDIO DEL COMPROMISO QUE SE FIRMA EN EL FORMATO AP-TH-FT-003 Y PARA GARANTIZAR LA EXCELENCIA DE NUESTRO SERVICIO SE MANEJAN LAS ENCUESTAS DE CALIDAD FORMATO MI-SP-FT-010.		
18	VELAR POR EL SEGUIMIENTO DE LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD, SALUD OCUPACIONAL Y GESTIÓN AMBIENTAL	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 VERIFICACIÓN DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN Y EL LAVADO DE MANOS QUE SE ENCUENTRAN EN LOS FORMATOS AP-TH-FT-034, MI-DT-FT-066 Y MI-MI-DT-FT-246.		
19	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 REALIZAN LAS ACTIVIDADES EN LA UNIDAD INDICADA POR EL SUPERVISOR	PROGRAMACIÓN DE TURNOS		
Observaciones: 60 HORAS REALIZADAS EN EL MES DE ENERO Note: 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 Contratacionista		
C.C.			1.000.353.526 de BOGOTÁ D.C.		

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 1	
NOMBRE:	ANIS CRISTINA GONZALEZ ROMERO
CARGO:	DIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 242 GRADO 05
FIRMA	

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 2	
NOMBRE:	MARTHA CECILIA OQUENDO OSPINA
CARGO:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 30
FIRMA	

CUENTA DE COBRO No. 1

FECHA: 31/01/2024

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

Nit. 900.959.051-7

DEBE A:

NICOLE CAMILA GONZALEZ RAMIREZ
C.C. 1000353526 DE BOGOTÁ D.C.

LA SUMA DE:

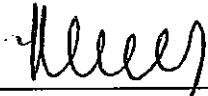
**SEISCIENTOS DIECIOCHO MIL TRESCIENTOS SESENTA PESOS M/CTE
(\$618360)**

Por concepto de:

- Honorarios Prestación de servicios en cumplimiento del contrato No PS 1828 2024, con afiliación a ARL RIESGO 3, correspondiente al MES DE ENERO DE 2024.

OBJETO: PRESTAR SERVICIO TECNICOS COMO AUXILIAR LABORATORIO Y/O ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Cordialmente,



NICOLE CAMILA GONZALEZ RAMIREZ

C.C. 1000353526 DE BOGOTÁ D.C.

Teléfono: 3195665769 Dirección: CR 8C 92A 56 SUR

No Cuenta: 91242493643 AHORROS BANCOLOMBIA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE																							
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF															
CC 1000333526		NICOLE CAMILA GONZALEZ RAMIREZ	INDEPENDIENTE	Principal	Cr 8c #92a 56 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3013097732	No															
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION																							
Periodo		Clave		Tipo		Fecha		Pago															
Pensión	Salud	Pago	Planilla		Planilla		Pago	Banco	Días Mora	Valor													
2023-12	2023-12	403583995			9460359872		2024/01/18	BANCOLOMBIA	9	\$362,000													
LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																							
EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte			
Sucursal: Principal (1 Afiliados)					\$1,160,000	\$185,600			\$1,160,000	\$145,000				\$0		\$1,160,000	\$28,300		\$0	\$0			
Centro de Trabajo: Principal (1 Afiliados)					\$1,160,000	\$185,600			\$1,160,000	\$145,000				\$0		\$1,160,000	\$28,300		\$0	\$0			
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$1,160,000	\$185,600			\$1,160,000	\$145,000				\$0		\$1,160,000	\$28,300		\$0	\$0			
1	CC	1000333526	GONZALEZ NICOLE	30	\$1,160,000	\$185,600	EP0005	30	\$1,160,000	\$145,000		14-11	30	\$0		\$1,160,000	\$28,300	0	\$0	\$0			
Total Afiliados(1)					\$1,160,000	\$185,600			\$1,160,000	\$145,000				\$0		\$1,160,000	\$28,300		\$0	\$0			

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	DV	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 1000333526		NICOLE CAMILA GONZALEZ RAMIREZ	INDEPENDIENTE	Principal	Cr 8c #92a 56 sur	BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.	3013097732	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banko	Días Mora	Valor
2023-12	2023-12	403583995	9460859872	1	2024/01/09	2024/01/18	BANCOLOMBIA	9	\$362,000
RESUMEN DE PAGO									
RIESGO									
CODIGO		NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES		VALOR A PAGAR
APF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$185,600	\$1,600	\$0	\$187,200	\$187,200
PORVENIR		230301	800,224,808	8	\$185,600	\$1,600	\$0	\$187,200	\$187,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$28,300	\$300	\$0	\$28,600	\$28,600
ARL SURA		14-11	890,903,790	5	\$28,300	\$300	\$0	\$28,600	\$28,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$145,000	\$1,200	\$0	\$146,200	\$146,200
SANTAS		EPS005	800,251,440	6	\$145,000	\$1,200	\$0	\$146,200	\$146,200
TOTAL				1	\$358,900	\$3,100	\$0	\$362,000	\$362,000