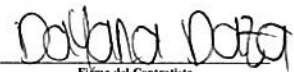
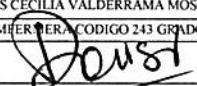


	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO	CÓDIGO: AP-IA-FT-014 VERSIÓN: 03 FECHA: 2021-12-27																																																																			
I. DATOS GENERALES DEL CONTRATO																																																																					
No. CONTRATO - OPS: PS 6700 2023	C.D.P. No.: 3044	Proceso que pertenece: MISIONAL Servicio al que pertenece: CONVENIO 2808992-2021 "APH" Unidad a la que pertenece: UMHES SAN BLAS																																																																			
Nombre del Contratista: DAYAN GINETH SANABRIA DAZA		C.C. 1.031.173.813 de: BOGOTA																																																																			
Fecha Inicio: 2023-10-06	Fecha Terminación Inicial: 2023-10-31	Valor Mensual: \$ 3.028.924 Valor a cobrar: \$ 3.028.924																																																																			
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <th>ADICIÓN/ OTRO SI</th> <th>VALOR ADICIÓN</th> <th>CDP</th> <th>FECHA DE INICIO</th> <th>FECHA DE TERMINACIÓN</th> </tr> <tr> <td>1</td> <td>\$ 3.028.924</td> <td>3993</td> <td>2023-11-01</td> <td>2023-11-30</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>\$ 3.028.924</td> <td>4138</td> <td>2023-12-27</td> <td>2023-12-31</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>\$ 9.116.772</td> <td>225</td> <td>2024-01-12</td> <td>2024-12-31</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	1	\$ 3.028.924	3993	2023-11-01	2023-11-30	2	\$ 3.028.924	4138	2023-12-27	2023-12-31	3	\$ 9.116.772	225	2024-01-12	2024-12-31	4					<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <th>N° CTA</th> <th>MES DE CUENTA DE COBRO</th> <th>VALOR A PAGAR</th> <th>VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL</th> <th>NÚMERO DE PLANILLA</th> <th>FECHA DE PAGO PLANILLA</th> </tr> <tr> <td>1</td> <td>OCTUBRE</td> <td>\$ 2.625.067</td> <td>\$ 410.000</td> <td>71049364</td> <td>10/10/2023</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>NOVIEMBRE</td> <td>\$ 3.028.924</td> <td>\$ 384.900</td> <td>72390414</td> <td>10/11/2023</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>DICIEMBRE</td> <td>\$ 3.028.924</td> <td>\$ 405.700</td> <td>73322241</td> <td>21/12/2023</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>ENERO</td> <td>\$ 3.028.924</td> <td>\$ 403.800</td> <td>74017572</td> <td>16/01/2024</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>FEBRERO</td> <td>\$ 3.028.924</td> <td>\$ 431.400</td> <td>74736807</td> <td>13/02/2024</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		N° CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO PLANILLA	1	OCTUBRE	\$ 2.625.067	\$ 410.000	71049364	10/10/2023	2	NOVIEMBRE	\$ 3.028.924	\$ 384.900	72390414	10/11/2023	3	DICIEMBRE	\$ 3.028.924	\$ 405.700	73322241	21/12/2023	4	ENERO	\$ 3.028.924	\$ 403.800	74017572	16/01/2024	5	FEBRERO	\$ 3.028.924	\$ 431.400	74736807	13/02/2024	6					
ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN																																																																	
1	\$ 3.028.924	3993	2023-11-01	2023-11-30																																																																	
2	\$ 3.028.924	4138	2023-12-27	2023-12-31																																																																	
3	\$ 9.116.772	225	2024-01-12	2024-12-31																																																																	
4																																																																					
N° CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO PLANILLA																																																																
1	OCTUBRE	\$ 2.625.067	\$ 410.000	71049364	10/10/2023																																																																
2	NOVIEMBRE	\$ 3.028.924	\$ 384.900	72390414	10/11/2023																																																																
3	DICIEMBRE	\$ 3.028.924	\$ 405.700	73322241	21/12/2023																																																																
4	ENERO	\$ 3.028.924	\$ 403.800	74017572	16/01/2024																																																																
5	FEBRERO	\$ 3.028.924	\$ 431.400	74736807	13/02/2024																																																																
6																																																																					
Resumen de contrato	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <th>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</th> <th>VALOR TOTAL DEL CONTRATO</th> <th>PAGOS REALIZADOS</th> <th>SALDO DEL CONTRATO</th> </tr> <tr> <td>\$ 2.625.067</td> <td>\$ 17.799.687</td> <td>\$ 14.740.763</td> <td>\$ 3.058.924</td> </tr> </table>	VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO	\$ 2.625.067	\$ 17.799.687	\$ 14.740.763	\$ 3.058.924																																																												
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO																																																																		
\$ 2.625.067	\$ 17.799.687	\$ 14.740.763	\$ 3.058.924																																																																		
2. INFORME DE ACTIVIDADES REALIZADAS Y AVANCE EN CUMPLIMIENTO DEL OBJETO DEL CONTRATO																																																																					
OBJETO DEL CONTRATO																																																																					
PRESTAR SUS SERVICIOS COMO AUXILIAR DE APOYO A LA GESTIÓN PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. CONVENIO 2808992 - 2021 "APH"																																																																					
Relación de actividades para el periodo:	Desde: 2024-02-01	Hasta: 2024-02-20																																																																			
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS <small>(Las estipuladas en la minuta)</small>	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO																																																																				
	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA																																																																			
1	Elaborar documentos en procesadores de texto, cuadros en hojas de cálculo, Excel, Word llevando control de los elementos de protección personal y manejar aplicativos de oficina dando cumplimiento a las directrices institucionales sobre elaboración y manejo de documentos,	Realice los documentos solicitados en excel word y se cumplir las directrices del manejo de documentos institucionales																																																																			
2	Realizar la solicitud de insumos de Aseo general para desinfección y demás elementos de consumo requeridos para el desarrollo de las actividades a cargo de la dependencia, de acuerdo con el procedimiento establecido.	Realice las solicitudes correspondientes de insumos de aseo y desinfeccion																																																																			
3	Actualización de base de datos en hojas de vida del personal del área de APH diligenciado en aplicativo institucional de acuerdo a la documentación requerida por perfil contratado.	actualice base de datos del personal																																																																			
4	Ejercer el control interno en su área de influencia para garantizar el cumplimiento de los controles y procedimientos establecidos en diligenciamiento de entrega de EPP.	custodie elementos de gran importancia en el area																																																																			
5	Brindar atención y orientación al usuario interno y externo tanto personal, como telefónicamente sobre ubicación del personal, destino de su queja, reclamo, solicitud o estado su respuesta.	Brinde informacion adecuada para el personal interno yexterno																																																																			
6	Planear, organizar, dirigir, controlar, evaluar y ajustar las actividades del Hospital asignadas por el área de APH.	use los aplicativos correspondientes para la organización de la informacion																																																																			

7	Archivar, organizar y foliar licitaciones correspondientes al área de APH según instrucciones correspondientes al jefe directo.	Archive, organize y folie licitaciones correspondientes al área de APH según instrucciones correspondientes al jefe directo.	Organice la documentacion en estanteria
8	Consolidar información final de horas trabajadas, certificar del personal APH.	Consolide información final de horas trabajadas, certificar del personal APH.	Realice la consolidacion de horas trabajadas para generar la certificacion de APH
9	Revisar y descargar las historias clínicas de traslados, para generar los informes de concordancia.	Revice y descargue las historias clínicas de traslados, para generar los informes de concordancia.	realice una buena cadena de custodia de las historias clínicas
10	Tramitar mensualmente dentro de los tiempos establecidos por la Subred Centro Oriente los formatos de "formato informe y cuenta de cobro", "certificado de pago de aportes sociales", "formato en word de cuenta de cobro", para el pago de sus respectivos honorarios.	Tramite mensualmente dentro de los tiempos establecidos por la Subred Centro Oriente los formatos de "formato informe y cuenta de cobro", "certificado de pago de aportes sociales", "formato en word de cuenta de cobro", para el pago de sus respectivos honorarios.	entregue cuenta de cobro y formato de informe dentro de las fechas establecidas
11	Las demás actividades asignadas por el supervisor y que sean inherentes con el objeto del contrato.	Las demás actividades asignadas por el supervisor y que sean inherentes con el objeto del contrato.	realice las actividades asignadas
12	Actividades desarrolladas dentro de la ejecución del convenio 2808992 - 2021 "APH".	Actividades desarrolladas dentro de la ejecución del convenio 2808992 - 2021 "APH".	realice adecuadamente mis funciones
Observaciones:		<div> Firma del Contratista</div> <div>C.C. 1.031.173.813 de BOGOTÁ</div>	
Nota: La deber contractual anexas la certificación del pago a Salud, pensión y ART. 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.			

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 1	
NOMBRE:	DORIS CECILIA VALDERRAMA MOSQUERA
CARGO:	EMFERMERA CODIGO 243 GRADO 20
FIRMA	

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 2	
NOMBRE:	DORIS CECILIA VALDERRAMA MOSQUERA
CARGO:	EMFERMERA CODIGO 243 GRADO 20
FIRMA	

Cobro febrero 2024

CUENTA DE COBRO No. 5 ✓

FECHA 29/02/2024

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD

CENTRO ORIENTE E.S.E.

Nit. 900.959.051.7

DEBE A:

DAYAN GINETH SANABRIA DAZA

CC 1.031.173.813

LA SUMA DE

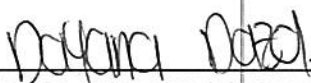
TRES MILLONES VEINTIOCHO MIL NOVECIENTOS VEINTICUATRO PESOS

(\$ 3.028.924) ✓✓

Por concepto de **29 DÍAS**, Honorarios por Prestación de Servicios en cumplimiento del Contrato No. **PS 6700 2023**, con afiliación a **ARL RIESGO 3** correspondiente al mes de **FEBRERO DE 2024**

OBJETO: PRESTAR SUS SERVICIOS COMO AUXILIAR DE APOYO A LA GESTIÓN PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. CONVENIO 2808992 - 2021 "APH"

Cordialmente,



DAYAN GINETH SANABRIA DAZA

CC 1.031.173.813

TELEFONO: 3188169997

DIRECCION: TV 19ª N° 47ª 52 SUR

N° CUENTA: 441656303 CUENTA DE AHORROS BANCO DE BOGOTA

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1031173813	DAYAN GINETH SANABRIA DAZA	Tv 15a #47a 52 sur	3188169	dayannadza@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 (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD					TOTAL A PAGAR	
2024-01					74736807	\$431.400

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD									
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad	Días Mora	No. Afiliados
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	162.500	0	No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor	
					0	0	0	0	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsidencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	208.000	0	0	0	0	8	1.200	0	163.700	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades	Aportes Otros	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	31.700			31.700	8	300	32.000		317	32.000	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	28.000	8	200	26.200	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
0	0	0	0	0
0	0	0	0	0

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, ITP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	162.500	163.700
Pensión	1	208.000	209.500
Riesgos Laborales	1	31.700	32.000
CCF	1	26.000	26.200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	428.200	431.400



Buscar...

Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Escritorio → Menú → Administración de contratos → Ver contrato

1 Información general

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

2 Condiciones

VER CONTRATO

3 Bienes y servicios

Ejecución del Contrato

4 Documentos del Proveedor

Porcentaje Recepción de artículos

5 Documentos del contrato

Plan de Pagos

6 Información presupuestal

¿Se requieren emisiones de
códigos de autorización? ☐ Sí ☒ No

7 Ejecución del Contrato

8 Modificaciones del Contrato

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

9 Incumplimientos

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	PS 6700 2023 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2023.pdf	PS 6700 2023 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 6700 2023 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2023.pdf	PS 6700 2023 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 6700 2023 - CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2023.pdf	PS 6700 2023 - CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 6700 2023 CUENTA DE COBRO ENERO 2024.pdf	PS 6700 2023 CUENTA DE COBRO ENERO 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>