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: 04**
**FECHA: 2024-02-22**

## 1. 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 |

| 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 | 2023-12-01 | 2023-12-31 |
| 3 | $ 9.116.772 | 225 | 2024-01-12 | 2024-12-31 |
| 4 | $ 2.998.924 | 1044 | 2024-03-18 | 2024-12-31 |
| 5 | $ 3.028.924 | 1330 | 2024-04-24 | 2024-12-31 |
| 6 | $ 3.028.924 | 1739 | 2024-05-29 | 2024-12-31 |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |

| 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 | 10/10/23 |
| 2 | NOVIEMBRE | $ 3.028.924 | $ 384.900 | 72390414 | 10/11/23 |
| 3 | DICIEMBRE | $ 3.028.924 | $ 405.700 | 73322241 | 21/12/23 |
| 4 | ENERO | $ 3.028.924 | $ 403.800 | 74017572 | 16/01/24 |
| 5 | FEBRERO | $ 3.028.924 | $ 431.400 | 74736807 | 13/02/24 |
| 6 | MARZO | $ 3.028.924 | $ 429.500 | 75009052 | 8/03/24 |
| 7 | ABRIL | $ 3.028.924 | $ 430.900 | 76254108 | 10/04/24 |
| 8 | MAYO | $ 3.028.924 | $ 431.500 | 77112300 | 15/05/24 |
| 9 | JUNIO | $ 3.028.924 | $ 430.700 | 77890637 | 13/06/24 |
| 10 | | | | | |

**Resumen de contrato**

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 2.625.067 | $ 26.856.459 | $ 26.856.459 | $ 0 |

## 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 DIRECCION 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:** 2024-06-01 **Hasta:** 2024-06-30

| | OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta) | DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUTO 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, | Elabore 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 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 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. | Ejercí el control interno en el 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 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 imformacion adecuada para el personal interno yexterno |
| 6 | Planear, organizar, dirigir, controlar, evaluar y ajustar las actividades del Hospital asignadas por el área de APH. | Planee, organize, dirigir, controle, evalue y ajuste las actividades del Hospital asignadas por el área de APH. | use los aplicativos correspondientes para la organización de la imformacion |
| 7 | Archivar, organizar y foliares 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 clinicas |
| 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 imforme 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:**

**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.

Dayana Daza

**Firma del Contratista**

C.C. 1.031.173.813 de BOGOTÁ

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATO | |
|---|---|
| **NOMBRE:** | **DORIS CECILIA VALDERRAMA MOSQUERA** |
| **CARGO:** | **ENFERMERA CODIGO 243 GRADO 20** |
| **FIRMA** | |

Cobro Junio 2024.

**CUENTA DE COBRO No. 9**

**FECHA 08/07/2024**

**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 **30 DÍAS,** Honorarios por Prestación de Servicios en cumplimiento del Contrato No. **PS 6700 2023,** con afiliación a **ARL RIESGO 3** correspondiente al mes de **JUNIO DEL 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,

Dayana Daza

**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**

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 | 1031173813 | DAYAN GINETH SANABRIA DAZA | | Tv 19a #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. | | 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 |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2024-05 | 2024-05 | I | 13/06/2024 | 77890637 | $430.700 | |

## 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 | | | | | |
| EPS005 | Sanitas EPS | 800251440-6 | 162.500 | 0 | | 0 | | 0 | 7 | 900 | 0 | 163.400 | 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 |
| 230301 | Porvenir | 800224808-8 | 208.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 7 | 1.200 | 0 | 209.200 | 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 | | | | | | | | | | |
| 14-23 | Positiva Seguros | 860011153-6 | 31.700 | | | | 31.700 | 7 | 200 | 31.900 | | | 317 | 31.900 | 1 |

| TOTALES CAJAS | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| CCF22 | Colsubsidio | 860007336-1 | 26.000 | 7 | 200 | 26.200 | 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 | 162.500 | 163.400 |
| Pensión | 1 | 208.000 | 209.200 |
| Riesgos Laborales | 1 | 31.700 | 31.900 |
| 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 | 430.700 |

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| ☐ | PS 6700 2023 CUENTA DE COBRO ENERO 2024.pdf | PS 6700 2023 CUENTA DE COBRO ENERO 2024.pdf | Proveedor |
| ☐ | PS 6700 2023 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2024.pdf | PS 6700 2023 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2024.pdf | Proveedor |
| | PS 6700 2023 CUENTA DE COBRO MARZO 2024_240410_134051.pdf (Archivado) | PS 6700 2023 CUENTA DE COBRO MARZO 2024_240410_134051.pdf | Proveedor |
| ☐ | PS 6700 2023 CUENTA DE COBRO MARZO 2024.pdf | PS 6700 2023 CUENTA DE COBRO MARZO 2024.pdf | Proveedor |
| ☐ | PS 6700 2023 CUENTA DE COBRO ABRIL 2024.pdf | PS 6700 2023 CUENTA DE COBRO ABRIL 2024.pdf | Proveedor |
| ☐ | PS 6700 2023 CUENTA DE COBRO MAYO 2024.pdf | PS 6700 2023 CUENTA DE COBRO MAYO 2024.pdf | Proveedor |