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 1828 2024	**C.D.P. No.:**	143
Proceso que pertenece:	MISIONAL		
Servicio al que pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS		
Unidad a la que pertenece:	HOSPITAL SANTA CLARA		
Nombre del Contratista:	NICOLE CAMILA GONZALEZ RAMIREZ	**C.C.**	1.000.353.526 de: BOGOTÁ D.C.
Fecha Inicio:	2024-01-21	**Fecha Terminación inicial:**	2024-03-20
Valor Mensual:	$ 2.061.200	**Valor a cobrar:**	$ 2.246.708

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 563.395	936	2024-03-21	2024-04-20
2	$ 3.153.636	1259	2024-04-21	2024-05-20
3	$ 3.091.800	1617	2024-05-21	2024-06-30
4	$ 2.061.200	2191	2024-07-01	2024-07-01
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

Nº 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	FEBRERO	$ 1.525.288	$ 402.200	9461915161	21/02/2024
3	MARZO	$ 1.731.408	$ 402.200	9463233575	11/03/2024
4	ABRIL	$ 1.885.998	$ 402.200	9464640862	10/04/2024
5	MAYO	$ 1.803.550	$ 402.200	9465983813	14/05/2024
6	JUNIO	$ 2.133.342	$ 402.200	9467482662	13/06/2024
7	JULIO	$ 2.246.708	$ 402.200	9468905166	12/07/2024
8					
9					
10					
11					
12					

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 4.122.400	$ 12.992.431	$ 11.944.654	$ 1.047.777

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:** 2024-07-01 **Hasta:** 2024-07-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUTO O EVIDENCIA
1	PROCESAR CADA UNA DE LAS PRUEBAS E INFORMAR LOS RESULTADOS DE MANERA OPORTUNA DE CONFORMIDAD CON LOS PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS.	CUMPLE CON PROCESAR CADA UNA DE LAS PRUEBAS E INFORMAR LOS RESULTADOS DE MANERA OPORTUNA DE CONFORMIDAD CON LOS PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS.	TODAS LAS PRUEBAS REALIZADAS QUEDAN REGISTRADAS EN EL SISTEMA LABCORE, LA OPORTUNIDAD SE VERIFICA DE ACUERDO AL SERVICIO; UNA HORA PARA SERVICIO DE URGENCIAS Y DOS HORAS PARA HOSPITALIZACION. EN EL SISTEMA LABCORE SE REALIZA LA TRAZABILIDAD DE LA OPORTUNIDAD
2	ORIENTACIÓN E INFORMAR A LOS PACIENTES SOBRE LOS REQUISITOS PARA LA TOMA DE MUESTRAS, LA FORMA DE SU RECOLECCIÓN Y EL PROCESAMIENTO QUE SE VA A REALIZAR AL IGUAL QUE EL ANÁLISIS DE ESTAS EN LAS DIFERENTES ÁREAS QUE INTEGRAN EL LABORATORIO CLÍNICO	CUMPLE CON ORIENTACIÓN E INFORMAR A LOS PACIENTES SOBRE LOS REQUISITOS PARA LA TOMA DE MUESTRAS, LA FORMA DE SU RECOLECCIÓN Y EL PROCESAMIENTO QUE SE VA A REALIZAR AL IGUAL QUE EL ANÁLISIS DE ESTAS EN LAS DIFERENTES ÁREAS QUE INTEGRAN EL LABORATORIO CLÍNICO.	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 MANUALES Y ANEXOS DE LA TOMA
3	REALIZAR PRUEBAS DE CONTROL DE CALIDAD EN LOS ANÁLISIS CLÍNICOS A FIN DE GARANTIZAR LA VERACIDAD DE LOS RESULTADOS, VERIFICANDO Y/O CALIBRANDO DIARIAMENTE	CUMPLE CON REALIZAR PRUEBAS DE CONTROL DE CALIDAD EN LOS ANÁLISIS CLÍNICOS A FIN DE GARANTIZAR LA VERACIDAD DE LOS RESULTADOS, VERIFICANDO Y/O CALIBRANDO DIARIAMENTE.	SE EIVDENCIAN CONTROLES DE CALIDAD, LOS CUALES QUEDAN REGISTRADOS EN LAS AZ DE CONTROL INTERNO DE CALIDAD DE CADA AREA DEL LABORATORIO FORMATO MI-DT-FT-194
4	REVISAR LOS PROCEDIMIENTOS DE LA TOMA DE MUESTRAS, COLORACIÓN, MONTAJE Y LAVADO DE MATERIAL DE CONFORMIDAD CON LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS	CUMPLE CON REVISAR LOS PROCEDIMIENTOS DE LA TOMA DE MUESTRAS, COLORACIÓN, MONTAJE Y LAVADO DE MATERIAL DE CONFORMIDAD CON LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS.	SE EVIDENCIA LISTA DE CHEQUE EN LA TOMA DE MUESTRA FORMATO:MI-DT-FT-170 CONTROL DE CALIDAD DE COLORACIONES, QUEDA REGISTRO EN ARCHIVO DIGITAL DE CONTROL DE COLORACIONES. MI-DT-FT-225
5	APLICAR LAS NORMAS, MANUALES, 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 LABORATORIO CLINICO; CUMPLIENDO LOS LINEAMIENTOS DE LA SUBRED FIRMANDO UN COMPROMISO DE INTEGRIDAD.
6	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.
7	REALIZAR LA NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA DE LOS EVENTOS DE SALUD PÚBLICA DE CONFORMIDAD CON EL PROCEDIMIENTO ESTABLECIDO	CUMPLE CON REALIZAR LA NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA DE LOS EVENTOS DE SALUD PÚBLICA DE CONFORMIDAD CON EL PROCEDIMIENTO ESTABLECIDO.	SE EVIDENCIA EN LA CARPETA DE SECRETARIA DE SALUD PUBLICA QUE SE ENCUENTRA EN SU RESPECTIVA SECCION DENTRO DEL LABORATORIO CLINICO
8	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.	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.

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

9	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 HOSPITALIZACION Y URGENCIAS FORMATO MI-DT-FT-060 QUE SE ENCUENTRAN DE LICENCIADOS EN LA AZ EN LA OFICINA DEL
10	ASISTIR A LAS JORNADAS DE CAPACITACIÓN, INDUCCIÓN, REUNIONES Y EVENTOS RELACIONADOS CON SUS ACTIVIDADES CONTRACTUALES	CUMPLE CON ASISTIR A LAS JORNADAS DE CAPACITACIÓN, INDUCCIÓN, REUNIONES Y EVENTOS RELACIONADOS CON SUS ACTIVIDADES CONTRACTUALES.	SE EVIDENCIA ASISITENCIA A LAS CAPACITACIONES, INDUCCIONES Y REUNIONES QUE SE MANEJAN EN LA SUBRED FIRMANDO EL FORMATO AP-TH-FT-002
11	APOYAR A LA ENTIDAD EN LAS ACTIVIDADES QUE DEMANDE SEGUN 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
12	APOYAR LA ELABORACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE LOS MANUALES, NORMAS PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS ASISTENCIALES DEL ÁREA DE CALIDAD	CUMPLE CON APOYAR LA ELABORACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE LOS MANUALES, NORMAS PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS ASISTENCIALES DEL ÁREA DE CALIDAD.	SE EVIDENCIA EN LOS FORMATOS DE ACTAS, CAPACITACIONES AP-TH-FT-002, EC-CO-FT-001
13	MANTENER LA RESERVA DE LA INFORMACIÓN QUE POR SUS ACTIVIDADES CONTRACTUALES MANEJA	CUMPLE CON MANTENER LA RESERVA DE LA INFORMACIÓN QUE POR SUS ACTIVIDADES CONTRACTUALES MANEJA.	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO DE ESTE FIRMADO EL ACTA Y COMPROMISO QUE HACE PARTE DEL MANUAL AP-TH-MN-05 DE ETICA Y BUEN GOBIERNO.
14	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.
15	VELAR PORQUE LA ATENCIÓN SEA HUMANA, EFICAZ, CÁLIDA CON TODOS Y CADA UNO DE LOS USUARIOS QUE REQUIERAN EL SERVICIO	CUMPLE CON VELAR PORQUE LA ATENCIÓN SEA HUMANA, EFICAZ, CÁLIDA 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-088 Y PARA GARANTIZAR LA EXCELENCIA DE NUESTRO SERVICIO SE MANEJAN LAS ENCUESTAS DE CALIDAD FORMATO MI-SP-FT-010
16	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 VERIFICACION DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCION Y EL LAVADO DE MANOS QUE SE ENCUENTRAN EN LOS FORMATOS AP-TH-FT-054, MI-DT-FT-066 Y MI-MI-DT-FT-246.
17	EJERCER LAS ACTIVIDADES PROPIAS DE LA PROFESIÓN DE CONFORMIDAD CON LAS NORMAS Y/O REGLAMENTOS DE ACUERDO AL OBJETO CONTRACTUAL Y LAS NECESIDADES DEL SERVICIO	CUMPLE CON EJERCER LAS ACTIVIDADES PROPIAS DE LA PROFESIÓN DE CONFORMIDAD CON LAS NORMAS Y/O REGLAMENTOS DE ACUERDO AL OBJETO CONTRACTUAL Y LAS NECESIDADES DEL SERVICIO.	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.
18	PRESTAR EL SERVICIO DE CONFORMIDAD CON LA PROGRAMACIÓN DE AGENDA ACORDADA CON EL SUPERVISOR DEL CONTRATO, PARA EL DESARROLLO DE SUS ACTIVIDADES	CUMPLE CON PRESTAR EL SERVICIO DE CONFORMIDAD CON LA PROGRAMACIÓN 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 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:

218 HORAS REALIZADAS EN EL MES DE JULIO

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.

Nicole Gonzalez
Firma del Contratista

C.C. 1.000.353.526 de BOGOTÁ D.C.

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATO

NOMBRE:	DANNYS IVETH TEHERAN TURIZO
CARGO:	DIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05
FIRMA	

CUENTA DE COBRO No. 7

FECHA: 31/07/ 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:

DOS MILLONES DOSCIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL SETECIENTOS OCHO PESOS M/CTE ($2,246,708)

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 JULIO 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 Gonzalez

NICOLE CAMILA GONZALEZ RAMIREZ
C.C. 1000353526. DE BOGOTÁ D.C.
Teléfono: 3195665769 Dirección: CR 8C 92A 56 SUR
No Cuenta: 91242493643 AHORROS BANCOLOMBIA

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1000353526		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	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-06	2024-06	770995805	9468905166	I	2024/07/08	2024/07/12	NEQUI	4	$403,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: Principal (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0
Centro de Trabajo: Principal (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0
1	CC	1000353526	GONZALEZ NICOLE	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS005	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-11	30	$1,300,000	$31,700	0	$0	$0
Total Afiliados(1)						$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0

2024/07/11 10:51 PM

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1000353526		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	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-06	2024-06	770995805	9468905166	1	2024/07/08	2024/07/12	NEQUI	4	$403,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$700	$0	$208,700
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$208,000	$700	$0	$208,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$31,700	$100	$0	$31,800
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$31,700	$100	$0	$31,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$500	$0	$163,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$162,500	$500	$0	$163,000
TOTAL				1	$402,200	$1,300	$0	$403,500

2024/07/11 10:51 PM

7 Ejecución del Contrato

8 Modificaciones del Contrato

9 Incumplimientos

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Balance de pagos y Balance de entregas

		% del valor del contrato	% del valor amortizado
Valor total contrato:	12.992.431,00 COP	-	-
Valor anticipo:	0,00 COP	0%	-
Valor de las entregas	0,00 COP	0%	-
Valor facturado:	0,00 COP	0%	-
Valor facturado pendiente de pago:	0,00 COP	0%	-
Valor pagado:	0,00 COP	0%	-
Valor amortizado del anticipo:	0,00 COP	0%	0%
Valor pendiente de amortizar:	0,00 COP	0%	0%
Valor pendiente de ejecución:	12.992.431,00 COP	100%	-
Valor pendiente de entrega:	12.992.431,00 COP	100%	-

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	NC1 COMPLEMENTARIOS.zip	NC1 COMPLEMENTARIOS.zip	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 1828 2024 CAMBIO SUPERVISOR 18-7-24.pdf	PS 1828 2024 CAMBIO SUPERVISOR 18-7-24.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 1828 2024 CUENTA DE COBRO ABRIL 2024.pdf	PS 1828 2024 CUENTA DE COBRO ABRIL 2024.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 1828 2024 CUENTA DE COBRO ENERO 2024.pdf	PS 1828 2024 CUENTA DE COBRO ENERO 2024.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 1828 2024 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2024.pdf	PS 1828 2024 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2024.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 1828 2024 CUENTA DE COBRO JUNIO 2024.pdf	PS 1828 2024 CUENTA DE COBRO JUNIO 2024.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 1828 2024 CUENTA DE COBRO MARZO 2024.pdf	PS 1828 2024 CUENTA DE COBRO MARZO 2024.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 1828 2024 CUENTA DE COBRO MAYO 2024.pdf	PS 1828 2024 CUENTA DE COBRO MAYO 2024.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	RP PS 1828 2024.pdf	RP PS 1828 2024.pdf	Comprador	Descargar	Detalle

de identidad:	CEDULA DE CIUDADANIA
Número de documento de identidad:	1000353526
Primer nombre:	NICOLE
Segundo nombre:	CAMILA
Primer apellido:	GONZALEZ
Segundo apellido:	RAMIREZ
Correo electrónico:	nicolcamilagonzalezramirez@gmail.com

Acciones

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

Sideap 2.0

Última Actualización: 22-jul-2024

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, NICOLE CAMILA GONZALEZ RAMIREZ

IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 1000353526 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

País Colombia **Departamento** Bogotá D.C. **Municipio** Bogotá D.C.

Dirección KR 8 C 92 A 56 SUR **Teléfonos** 3195665769 7028832

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
VICTOR ALEXANDER GONZALEZ ACERO	86065723	Padre
Yuli Catherine Ramirez Varela	52778702	Madre

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995,

PARA TOMAR POSESION ○ PARA RETIRARME ○ PARA ACTUALIZACION ⊗

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ○

QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	$ 1.400.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 1.400.000,00

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
Bancolombia	Cuenta de ahorros	91242493643	Bogota	$ 121.000,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
		$ 0,00

d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
		$ 0,00

1.2 DE PARTICIPACION EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos:

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

b) A la fecha soy socio de las siguientes corporaciones, sociedades y/o asociaciones:

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

c) En la actualidad: **SI** ◯ **NO** ⓧ tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO
	C.C◯ C.E◯ T.I.◯	

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma acasional o permanente son las siguientes:

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION
Auxiliar de enfermeria	Trabajar en areas asistenciales de hospitales

3. FIRMA

Firma electrónica:
NICOLE CAMILA GONZALEZ RAMIREZ 22/07/2024 11:52:51

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 22-jul-2024

CIUDAD Y FECHA

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

Hoja de vida sin validar

Sideap 2.0

Última Actualización: 22-jul-2024

Fecha Validación:22-jul-2024

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
GONZALEZ	RAMIREZ	NICOLE CAMILA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD
C.C ⊗ C.E ○ PAS ○ No. 1000353526	F ⊗ M ○	COL ⊗ EXTRANJERO ○

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ○ NUMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 7 MES OCT AÑO 2003

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

KR 8 C 92 A 56 SUR

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 7028832

EMAIL nicolcamilagonzalezramirez@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o A 6o DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o A 11o DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BASICA											TITULO Bachillerato
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11° X	MES NOVIEMBRE AÑO 2021

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
Auxiliar de enfermeria	Escuela de Salud San Pedro Claver	2022	1800

Firma electronica validador: null

Documento electrónico: null
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

Hoja de vida sin validar

Sideap 2.0

Última Actualización: 22-jul-2024

Fecha Validación:22-jul-2024

DOMINIO DE IDIOMAS

ESPECIFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA , REGULAR (R) BIEN (B) O MUY BIEN (MB)

IDIOMA	*LO HABLA*			*LO LEE*			*LO ESCRIBE*		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	*MUNICIPIO* Bogotá D.C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* profesionalseleccion5@subredcentrooriente.gov.co
TELÉFONOS 3282828	*FECHA DE INGRESO* DIA 3 MES 4 AÑO 2023		*FECHA DE RETIRO* DIA MES AÑO
CARGO O CONTRATO auxiliar de enfermeria en laboratorio clinico	*DEPENDENCIA* laboratorio clinico		*DIRECCIÓN* Cra. 14b #1-45 su

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	*MUNICIPIO* Bogotá D.C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* correspondencia@subrednorte.gov.co
TELÉFONOS 6014431790	*FECHA DE INGRESO* DIA 6 MES 12 AÑO 2022		*FECHA DE RETIRO* DIA 8 MES 2 AÑO 2023
CARGO O CONTRATO Auxiliar de enfermería hospitalización y	*DEPENDENCIA* Auxiliar de enfermería		*DIRECCIÓN* Cl. 165 #7-06

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NUMERO DE AÑOS Y MESES

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*

Firma electronica validador: null

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

Hoja de vida sin validar

Sideap 2.0

Última Actualización: 22-jul-2024

Fecha Validación:22-jul-2024

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NUMERO DE AÑOS Y MESES

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
Privada	0	0
Pública	1	5
Total	1	5

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE SI ___ NO _X_ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS, EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE CONTRATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Bogotá D.C. - null
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:
null
FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Firma electronica validador: null