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:	$ 2.524.103				

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	$ 3.028.924	2245	2024-06-21	2024-12-31
8	$ 2.524.103	2631	2024-07-26	2024-12-31
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	10/10/2023
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	MARZO	$ 3.028.924	$ 429.500	75009052	08/03/2024
7	ABRIL	$ 3.028.924	$ 430.900	76254108	10/04/2024
8	MAYO	$ 3.028.924	$ 431.500	77112300	15/05/2024
9	JUNIO	$ 3.028.924	$ 430.700	77890637	13/06/2024
10	JULIO	$ 3.028.924	$ 433.200	78775031	19/07/2024
11	AGOSTO	$ 2.524.103	$430.600	79417986	12/08/2024

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 2.625.067	$ 32.409.486	$ 32.409.486	$ 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:** 2024-08-01 **Hasta:** 2024-08-25

	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 agosto 2024.

CUENTA DE COBRO No. 11

FECHA 31/08/2024

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

DOS MILLONES QUINIENTOS VEINTICUATRO MIL CIENTO TRES PESOS

($ 2.524.103)

Por concepto de **25 DÍAS**, Honorarios por Prestación de Servicios en cumplimiento del Contrato No. **PS 6700 2023,** con afiliación a **ARL RIESGO 3** correspondiente del **1 al 25 de AGOSTO 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	
2024-07	2024-07	I	12/08/2024	79417986	$430.600	

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	1.100	0	209.100	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	7	0	0	0
ICBF				
0	7	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	209.100
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	430.600

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

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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2024-07	2024-07	I	12/08/2024	79417986	TOTAL A PAGAR	
					$430.600	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	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
1	CC	1031173813	SANABRIA DAZA DAYAN GINETH	59	0			N																	230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS005	1.300.000	162.500	14-23	1.300.000	3	31.700	CCF22	1.300.000	26.000	0	0	0	0	0

PAGADA

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