Cuenta de cobro 005 - 2021

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

Nit. 900.959.051-7

DEBE A:

ALEJANDRO HERRERA HENAO
C.C. 1010200298 de
Bogotá

LA SUMA DE:

Doscientos dieciocho mil trescientos noventa y cuatro pesos ($218.394)

Por concepto de:

- Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No PS 6026 2020 correspondiente del 1 al 3 del mes de mayo de 2021

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS DE APOYO DE ACUERDO A SU PERFIL ACADEMICO PARA LA EJECUCION DE ACTIVIDADES DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E., CON DISPONIBILIDAD EN CUMPLIMIENTO DE LA MISION Y LA VISION DE LA MISMA.

Cordialmente,

Alejandro H

ALEJANDRO HERRERA HENAO
C.C. 1010200298
Teléfono: 3122069925 Dirección: KR 5 # 48 J 22 SUR
No Cuenta 072977478 ahorros Banco Av villas

Fecha: 31/Mayo/2021

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 INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 02
FECHA: 2020-05-04

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 6026 2020	**C.D.P. No.:**	3038	**Proceso al que pertenece:**	PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC
				Unidad a la que pertenece:	SALUD PUBLICA ENTORNO EDUCATIVO

Nombre del Contratista: ALEJANDRO HERRERA HENAO **C.C.** 1.010.200.298 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2020-09-23 **Fecha Terminación inicial:** 2020-10-31 **Valor Mensual:** $ 2.196.960 **Valor a cobrar:** $ 218.394

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$1.480.597	3615	2020-11-01	2020-11-20
2	$ 728.358	3782	2020-11-21	2020-11-30
3	$ 1.098.400	3952	2020-12-01	2020-12-15
4	$ 3.331.343	4112	2020-12-16	2021-01-31
5	$ 2.196.015	218	2021-02-01	2021-02-28
6	$ 2.197.000	549	2021-03-01	2021-03-31
7	$ 2.762.885	991	2021-04-01	2021-05-03
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	SEPTIEMBRE	$ 585.060		
2	OCTUBRE	$ 2.196.960		
3	NOVIEMBRE	$ 2.196.960	$ 272.300,00	46561835
4	DICIEMBRE	$ 2.196.960	$ 272.300,00	47282295
5	ENERO	$ 2.196.960	$ 272.300,00	47835381
6	FEBRERO	$ 2.196.960	$ 281.200,00	48440112
7	MARZO	$ 1.791.000	$ 281.200,00	49093530
8	ABRIL	$ 28.926	$ 281.200,00	49881615
9		$ 2.232.442		
10	MAYO	$ 218.394	$ 281.200,00	50472471
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$2.929.280	$16.723.878	$ 15.622.228	$ 1.101.650

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS DE APOYO DE ACUERDO A SU PERFIL ACADÉMICO, PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DE SALUD PÚBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E., CON DISPONIBILIDAD EN CUMPLIMIENTO DE LA MISIÓN Y VISIÓN DE LA MISMA.

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2121-05-01 **Hasta:** 2021-05-03

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Actividades de apoyo administrativo en el entorno educativo: apoyo a la consolidacion y revisision en el marco de preauditoria	Organización verificaion y evaluacion de la documentacion	Formatos de preauditoria
2	apoyo en la consolidacion y revision de reportes del espacio educativo	Organización verificaion y evaluacion de la documentacion	Formato de documentacion.
P	Apoyo a la entrega de elementos de bioseguridad para los profesionales que realizan acciones de campo	Entrega de elementos de bioseguridad, realizar acta de entrega correspondiente, brindar informacion, consejos y recomendaciones sobre el uso correcto de los elementos de bioseguridad.	Listado de asistencia, formato acta
4	Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y ese	Realizar gestion documental	Formato de acta.
5	Apoyo en la revision de cuentas de cobro	Realizar el apoyo de la revision de documentos, cuenta de cobro, planilla y comprobante de pago, por los contratistas del espacio educativo.	Documentos escaneados subidos al drive.
6	Conteo y unificacion de la poblacion semanal	Realizar conteo de estudiantes, familias y personal administrativo intervenido por parte del personal del espacio eduactivo de las diferentes lineas.	Formato de acta.

Observaciones:

Alejandro H
Firma del Contratista

Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL.
En caso de tener contrato nuevo se debe anexar también la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro

C.C. 1.010.200.298 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	YOHNNY LIRIOLA HERNANDEZ GARCIA
CARGO:	REFERENTE ESPACIO EDUCACION
FIRMA	

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	1010200298	ALEJANDRO HERRERA HENAO	KR 5 48J 22 SUR	3122069925	alejo22371@hotmail.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	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2021-04	2021-04	I	07/05/2021	60472471	$281.200	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	113.600	0		0		0	0	0	0	113.600	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	145.400	0	0	0	0	0	0		145.400	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	22.200				22.200	0	0	22.200			222	22.200	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

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	113.600	113.600
Pensión	1	145.400	145.400
Riesgos Laborales	1	22.200	22.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	281.200	281.200

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	1010200298	ALEJANDRO HERRERA HENAO	KR 5 48J 22 SUR	3122069925	alejo22371@hotmail.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	
2021-04	2021-04	I	07/05/2021	50472471	$281.200	

LE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No. de identificación	Apellidos y Nombres	Colombia	Bolivia	Extranjero	Colombia, exterior	Trasladado	IRD	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	Comisi.CCFEN	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	Aporta SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
010200298	HERRERA HENAO ALEJANDRO	59	0			N																	230201	908.526	145.400	0	0	0	0	EPS008	908.526	113.600	14-11	908.526	3	22.200		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Soporte cargue de cuenta de cobro en SECOP No PS 6026 2020

