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: 03**

## 1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. CONTRATO – OPS:** | PS 1363 2022 | **C.D.P. No.:** | 51 | **Proceso que pertenece:** | DIRECCION ADMINISTRATIVA-GESTION DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO |
| | | | | **Servicio al que pertenece:** | ALMACEN |
| | | | | **Unidad a la que pertenece:** | UMHES LA VICTORIA |

**Nombre del Contratista:** CARLOS DANIEL CELIS LEGUIZAMON **C.C.** 1,007,184,663 **de:** BOGOTA, D.C.

**Fecha Inicio:** 2022-02-01 **Fecha Terminacion inicial:** 2022-04-30 **Valor Mensual:** $ 1.600.000 **Valor a cobrar:** $ 1.600.000

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |

| N° CTA | MES DE CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR | VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL | NÚMERO DE PLANILLA | FECHA DE PAGO PLANILLA |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | FEBRERO/2022 | $ 1,600,000 | $ 309,400 | 86403288 | 03/03/2022 |
| 2 | MARZO/2022 | $ 1,600,000 | $ 309,400 | 87110184 | 02/03/2022 |
| 3 | ABRIL/2022 | $ 1,600,000 | $ 309,400 | 87873452 | 05/04/2022 |
| 4 | | | | | |
| 5 | | | | | |
| 6 | | | | | |
| 7 | | | | | |
| 8 | | | | | |
| 9 | | | | | |

**Resumen de contrato**

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 1,800,000 | $ 1,800,000 | $ 1,800,000 | $ 0 |

**OBJETO DEL CONTRATO**

PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER DE APOYO A LA GESTION PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION ADMINISTRATIVA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

**clación de actividades para el periodo:** **Desde:** 2022-04-01 **Hasta:** 2022-04-30

| | OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta) | DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 1 | Aplicar las normas de recepcion, almacenamiento y distribucion de los insumos para el buen funcionamiento del Almacen o Sub almacén de la respectiva unidad. | Se reciben los pedidos de los proveedores,reciben la correspondencia del almacen | N/A |
| 2 | Apoyar al Almacén ó Sub almacén de la respectiva unidad en la recepción de insumos y elementos que suministran los proveedores verificando sus especificaciones técnicas contra el contrato y factura. | Se hacen salida por el modulo de dinamica de las requisiciones que fueron montada por las diferentes areas y/o servicios | SISTEMA DE INFORMACION DINAMICA GERENCIAL POR USUARIO |
| 3 | Apoyar en la organizacion de los medicamentos, insumos medico quirurgicos y demas elementos en la estanteria de acuerdo con el orden establecido, para detectar el indice de rotacion y los niveles de existencia. | Alistamiento y entrega de los pedidos del mes que solcitan las farmacias hospitalaria y ambulatoria, adicional areas administrativas. | AZ MATERIAL DE TRABAJO |
| 4 | Apoyar en la clasificación y organizacion de los elementos que ingresan al Almacén ó Sub Almacén de acuerdo con las adquisiciones realizadas, a fin de garantizar su rapida localización y seguridad, manteniendo las condiciones de calidad y oportunidad. | Hacer salida por dinamica de los pedidos del mes que mandan las farmacias hospitalaria y ambulatoria recoger medicamentos y medico quirurgico de los hospitales de la red. | N/A |
| 5 | Alistar y realizar las entregas de los productos que requieren las áreas y servicios de la respectiva unidad de acuerdo con los pedidos y comprobantes de salidas. | Se realizan las entregas de los productos que requieren las areas y servicios de la respectiva unidad de acuerdo con las solicitudes | SISTEMA DE INFORMACION DINAMICA GERENCIAL POR USUARIO |
| 6 | Mantener adecuada comunicación con las áreas y servicios de la respectiva unidad, para la entrega de los pedidos | Se realiza entrega a cada una de las areas administrativas, servicios y farmacias según orden de despacho, cruzando lotes, fechas de vencimiento, invima en los cuales aplique. | SISTEMA DE INFORMACION DINAMICA GERENCIAL POR USUARIO |
| 7 | Apoyar en el desarrollo y actualización de los inventarios periódicos y anuales sobre los elementos existentes en el Almacén ó Sub almacén de la respectiva unidad | Se realiza verificación mensual de insumos y elementos del Subalmacén con el fin de velar que no falte ninguno de estos de acuerdo a los saldos de inventarios existentes | SISTEMA DE INFORMACION DINAMICA GERENCIAL POR USUARIO, AZ DE MATERIAL DE TRABAJO |
| 8 | Apoyar en las acciones de verificacion mensual de insumos y elementos del Almacén ó Subalmacen [illegible] | Se realiza verificación mensual de insumos y elementos del Subalmacén con el fin de velar que no falte ninguno de estos de acuerdo a los saldos de inventarios existentes | SISTEMA DE INFORMACION DINAMICA GERENCIAL POR USUARIO, AZ DE MATERIAL DE TRABAJO |
| 9 | Velar por la legalizacion, recoleccion de firmas en los soportes de ingreso y egreso. | Se organiza La documentacion de entrega de insumos como son Ordenes de despachos y Recepcion de Remisiones por parte de los Proveedores | ARCHIVO INTERNO AREA POR PERIODO |
| 10 | Mantener la bodega en completo orden y aseo | Se organiza y limpian los estantes, los medicamentos y medico quirurgico en sus respectivos sitios | N/A |
| 11 | Apoyar en la elaboracion de comprobantes tanto de ingreso como de salida en el modulo de almacen del programa Dinamica Gerencial | Registro en sistema de informacion según requerimiento. | SISTEMA DE INFORMACION DINAMICA GERENCIAL POR USUARIO |
| 12 | Apoyar la recepcion tecnica de los medicamentos e insumos medico quirurgicos con el fin de realizar el tramite correspondiente | Disposicion para cada una de las solicitudes | N/A |
| 13 | Realizar informe mensual de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento de las mismas | Se Realiza entrega de informe mensual de sus actividades al supervisor del contrato para certificacion en el cumplimiento de las mismas. | SECOP II |
| 14 | Las demás inherentes con el objeto del contrato asignadas por el supervisor del contrato. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato | Disposicion para cada una de las solicitudes | N/A |

**Observaciones:**

Nota: Es deber contractual mensual 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 1274 de 2018, el pago de aportes se hace de manera vencida de acuerdo con los fechas establecidas en el Decreto 1990 de 2016.

**Firma del Contratista**

**C.C.** 1.007.184.663 **de** BOGOTA, D.C.

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 1 | |
|---|---|
| NOMBRE: | SANDRA XIMENA ORTIZ MUÑOZ |
| CARGO: | DIRECTOR ADMINISTRATIVO CODIGO 009 GRADO 05 |
| FIRMA | |

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 2 | |
|---|---|
| NOMBRE: | JOHN JAIRO GUERRERO GONZALEZ |
| CARGO: | PROFESIONAL ESPECIALIZADO CODIGO 22, GRADO 24 |
| FIRMA | |

Cuenta de cobro 3 - 2022

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

Nit. 900.959.051-7

DEBE A:

CARLOS DANIEL CELIS LEGUIZAMON
C.C. 1007.184.663 de Ciudad Bogotá

LA SUMA DE:

Un millón seiscientos mil pesos (1.600.000,oo)

Por concepto de:

- Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No PS 1363 2022 correspondiente al mes de **abril de 2022**

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER DE APOYO A LA GESTION PARA DESARROLLAR
ACTIVIDADES EN LA DIRECCION ADMINISTRATIVA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

**Cordialmente,**

CARLOS DANIEL CELIS LEGUIZAMON
C.C. 1007.184.663
Teléfono 3193643928 Dirección Calle 72 Sur No. 15ª-29 este
No Cuenta Ahorros 0550488405698967 DAVIVIENDA

Fecha: 30/Abril/2022

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 | 1007184663 | CARLOS DANIEL CELIS LEGUIZAMON | | CALLE 72 SUR # 15 A 29 ESTE | 3657078 | DANYCELIS16@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 | |
| 2022-03 | 2022-03 | I | 05/04/2022 | 57873452 | $309.400 | |

## 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 | 125.000 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 125.000 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 25-14 | Colpensiones | 900336004-7 | 160.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 160.000 | 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 | | | | | | | | | | |
| 14-7 | Seguros Bolivar S.A. | 860002503-2 | 24.400 | | | | 24.400 | 0 | 0 | 24.400 | | | 244 | 24.400 | 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 | 125.000 | 125.000 |
| Pensión | 1 | 160.000 | 160.000 |
| Riesgos Laborales | 1 | 24.400 | 24.400 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 309.400 | 309.400 |

PAGADA

El documento está desarrollado como PRUEBA de Aporte de Compensar Operador de información.