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 1156 2022	C.D.P. No.:	51

Proceso que pertenece: DIRECCION ADMINISTRATIVA(GESTION DOCUMENTAL)
Servicio al que pertenece: DIRECCION ADMINISTRATIVA(GESTION DOCUMENTAL)
Unidad a la que pertenece: SEDE ADMINISTRATIVA CALLE 33

Nombre del Contratista: DERLY PEÑA VILLALOBOS C.C. 1.124.216.740 de: LEJANIAS META

Fecha Inicio: 2022-02-01 Fecha Terminación inicial: 2022-04-30 Valor Mensual: $ 1.648.000 Valor a cobrar: $ 1.648.000

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 549.333	1280	2022-05-01	2022-05-10
2	$ 1.098.667	1437	2022-05-11	2022-05-31
3	$ 1.648.000	1675	2022-06-01	2022-06-30
4	$ 1.648.000	1921	2022-07-01	2022-07-31
5	$ 1.098.667	2431	2022-08-01	2022-08-20
6	$ 549.333	2630	2022-08-21	2022-08-31
7	$ 1.648.000	2792	2022-09-01	2022-09-30
8	$ 1.648.000	3141	2022-10-01	2022-10-31
9	$ 1.648.000	3494	2022-11-01	2022-11-30
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	FEBRERO	$ 1.600.000	$ 309.400	56274164	14/02/2022
2	MARZO	$ 1.600.000	$ 309.400	8356996886	11/03/2022
3	ABRIL	$ 1.600.000	$ 309.400	57780780	8/04/2022
4	MAYO	$ 1.648.000	$ 309.400	58462697	5/05/2022
5	JUNIO	$ 1.648.000	$ 309.400	8359164318	7/06/2022
6	JULIO	$ 1.648.000	$ 309.400	59855316	13/07/2022
7	AGOSTO	$ 1.648.000	$ 309.400	60581652	10/08/2022
8	SEPTIEMBRE	$ 1.648.000	$ 309.400	61352860	8/09/2022
9	OCTUBRE	$ 1.648.000	$ 309.400	62105392	12/10/2022
10	NOVIEMBRE	$ 1.648.000	$ 309.400	62823245	8/11/2022
11					
12					

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 4.800.000	$ 16.336.000	$ 16.336.000	$ 0

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

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

Relación de actividades para el periodo: Desde: 2022-11-01 Hasta: 2022-11-30

	OBLIGACIONES ESPECIFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUTO O EVIDENCIA
1	Realizar el procedimiento de la recepción, radicación, distribución de las comunicaciones oficiales, asignación del consecutivo en estricto orden de recepción de la documentación, el cual es asignado mediante el sistema de información de la entidad.	se radican **231** solicitudes	se adjunta el pantallazo de radicacion orfeo
2	Realizar control, seguimiento e informe oportuno del trámite de las comunicaciones oficiales que allegan a la entidad, mediante el sistema de información del proceso de gestión documental, realizando la organización, registro de imágenes escaneadas y custodia documental, del consecutivo de las comunicaciones oficiales de la entidad	se dilgitalizan **2442** folios y **3500** folios anexos	Se encuentra las carpetas en la sede de correspondencia, sede 33 Se adjunta el pantallazo de digitalizacion y radicacion de orfeo.
3	Realizar el seguimiento y control de la ruta diaria del recorrido de los mensajeros con moto	se realiza seguimiento diario al recorridode los mensajeros sede 33 recibiendo el 100 de la scomunicaciones entregadas para la distribucion por parte de ellos	se puede evidenciar los soportes en la oficina de correspondencia sede 33
4	Apoyar las actividades inherentes a la orden de prestación de servicios en lo referente a la gestión documental	se clasifica y se ordena consecutivo de comunicaciones oficiales	se encuentra las carpetas en correspondencia de la 33
5	Cumplir con las metas y actividades asignadas mensualmente por el Referente de Gestión Documental entregando las respectivas evidencias. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.	si se cumple la meta asignada por el referente	
6			

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.

DERLY PEÑA VILLALOBOS.
Firma del Contratista
C.C. 1.124.216.740 de LEJANIAS META

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 1	
NOMBRE:	JUAN CARLOS CARDENAS SIERRA
CARGO:	DIRECTOR ADMINISTRATIVO
FIRMA	

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 2	
NOMBRE:	JUAN CARLOS CARDENAS SIERRA
CARGO:	DIRECTOR ADMINISTRATIVO
FIRMA	

CUENTA DE COBRO 010-2022

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD
CENTRO ORIENTE E.S.E
Nit. 900.959.051-7

DEBE A

DERLY PEÑA VILLALOBOS
C.C.1.124.216.740

LA SUMA DE:

UN MILLON SEISCIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL PESOS M/C ($ 1.648.000).

Por concepto de :

- Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del Contrato No PS 1156 2022 correspondiente al mes de NOVIEMBRE 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:

DERLY PEÑA VILLALOBOS.

DERLY PEÑA VILLALOBOS
CC. 1124216740
Teléfono: 3209246152, CL 69 SUR # 54 25
No cuenta: 0550008400759521
Fecha: 30/11/2022

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	1124216740	DERLY PEÑA VILLALOBOS		CLL 69 SUR # 54 - 25	3282828	derly2620@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/ANO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/ANO)	NUMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2022-10	2022-10	I	08/11/2022	62823245	329.400	

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					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	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
231001	Colfondos	800227940-6	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 Cotizacion	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotizacion	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
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	20.000	0	0	20.000	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 ISE, 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	1	20.000	20.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	329.400	329.400

PAGADA

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	1124216740	DERLY PEÑA VILLALOBOS	CLL 69 SUR # 54 - 25	3282828	derly2620@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	
2022-10	2022-10	I	08/11/2022	62823245	3329.400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES												PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colombiano en el Exterior	Suspensión	IGE	LMA	VSP	TDE	TAE	TDP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	Cotización	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Aportante	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cod. 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	1124216740	PEÑA VILLALOBOS DERLY	59	0		N																23100	3,000,000	100,000	0	0	0	0	EPS037	1,000,000	125,000	14-7	1,000,000	3	24,400	CCF24	1,000,000	25,000	0	0	0	0	0

PAGADA

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