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 CONTRATACION
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSION: 03
FECHA: 2021-12-27

## 1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: PS 2957 2023 C.D.P. No.: 108

Proceso que pertenece: DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA
Servicio al que pertenece: INFRAESTRUCTURA
Unidad a la que pertenece: SANTA CLARA

Nombre del Contratista: JOSE GUSTAVO MORENO MORENO C.C. 19.273.258 de: BOGOTA

Fecha Inicio: 2023-02-01 Fecha Terminación inicial: 2023-04-30 Valor Mensual: $ 1.975.952 Valor a cobrar: $ 1.975.952

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | $ 163.152 | 861 | 2023-04-01 | 2023-04-30 |
| 2 | $ 1.975.952 | 1054 | 2023-05-01 | 2023-05-31 |
| 3 | $ 1.975.952 | 1384 | 2023-06-01 | 2023-06-30 |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |
| 14 | | | | |

| Nº CTA | MES DE CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR | VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL | NÚMERO DE PLANILLA | FECHA DE PAGO PLANILLA |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | FEBRERO | $ 1.812.800 | $ 358.900 | 65455672 | 09/02/2023 |
| 2 | MARZO | $ 1.812.800 | $ 358.900 | 66029155 | 03/03/2023 |
| 3 | ABRIL | $ 1.975.952 | $ 358.900 | 66029427 | 04/04/2023 |
| 4 | MAYO | $ 1.975.952 | $ 358.900 | 67741159 | 10/05/2023 |
| 5 | JUNIO | $ 1.975.952 | $ 358.900 | 68502845 | 09/06/2023 |
| 6 | | | | | |
| 7 | | | | | |
| 8 | | | | | |
| 9 | | | | | |
| 10 | | | | | |
| 11 | | | | | |
| 12 | | | | | |
| 13 | | | | | |
| 14 | | | | | |

Resumen de contrato

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 5.438.400 | $ 9.553.456 | $ 9.553.456 | $ 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: 2023-06-01 Hasta: 2023-06-30

| | OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta) | DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 1 | Realizar mantenimiento preventivo y correctivo a la infraestructura, en las áreas de plomería, mampostería, resane, pintura, ornamentación, instalación de luminarias, cambio de pisos y en las demás que se requiera, de acuerdo al cronograma, programación o necesidad en los diferentes servicios de las Unidades de la Subred | Se realizó mantenimiento preventivo y correctivo de la infraestructura de las sedes de la Subred en actividades plomería, mampostería, resane, pintura, ornamentación, instalación de luminarias, cambio de pisos. | Soporte de actividades en Formato AP-RF-FT-055. |
| 2 | Realizar alzado de muros en mampostería y/o estructura liviana, con sus respectivos acabados | Se realizó levantamiento de muro y acabados de los mismos | Soporte de actividades en Formato AP-RF-FT-055. |
| 3 | Realizar instalación de cielo rasos en Pvc, Drywall o láminas de Fibro-cemento, con sus respectivos remates y acabados finales | Se realizó la instalación de techo pvc según necesidad de la Subred | Soporte de actividades en Formato AP-RF-FT-055. |
| 4 | Realizar instalación de cometidas hidráulicas y sanitarias, con sus respectivos accesorios y pruebas de fugas | Se realizó la instalación de hidráulicas y sanitarias, con sus respectivos accesorios y pruebas de fugas | Soporte de actividades en Formato AP-RF-FT-055. |
| 5 | Realizar el seguimiento al consumo de los servicios públicos tales como agua, luz, alcantarillado y gases medicinales en redes o cilindros en los diferentes servicios y áreas de las diferentes Unidades de la Subred, diligenciando los formatos establecidos para tal fin | Se realizó seguimiento del consumo de servicios públicos | Formato AP-RF-049 de seguimiento a Servicios Públicos. |
| 6 | Apoyar al área de activos fijo y a quien requiera en el traslado de mobiliario en las diferente unidades de la subred centro oriente E.S.E. | Se realizó apoyo de traslados en las áreas requeridas | Soporte de actividades en Formato AP-RF-FT-055. |
| 7 | Contar con curso de alturas vigente | No aplica certificado de alturas por temas de edad, documento solicitado hasta las 55 años. | No aplica certificado de alturas por temas de edad, documento solicitado hasta las 55 años. |
| 8 | Realizar limpieza y mantenimiento periódico de las canales de recolección de agua de lluvias | Se realizó limpieza de canales y bajantes | Soporte de actividades en Formato AP-RF-FT-055. |
| 9 | Realizar mantenimiento al mobiliario hospitalario cuando se requiera | Se realizó mantenimiento del mobiliario hospitalario | Soporte de actividades en Formato AP-RF-FT-055. |
| 10 | Apoyar labores de ornamentación cuando se requiera | Se realizó apoyo en las actividades de ornamentación según necesidad requerida | Soporte de actividades en Formato AP-RF-FT-055. |
| 11 | Las demás Actividades que sean asignadas por el supervisor del contrato y que se encuentren relacionadas con el objeto contractual, contenidas en el formato de necesidad de personal que | Se cumple bajo la supervisión de la dirección administrativa | Soporte de actividades en Formato AP-RF-FT-055. |

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.

Firma del Contratista

C.C. 19.273.258 de BOGOTA

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 1 | |
|---|---|
| NOMBRE: | NIDIA PATRICIA TORO HUERTAS |
| CARGO: | DIRECTORA ADMINISTRATIVA (E) |
| FIRMA | |

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 2 | |
|---|---|
| NOMBRE: | NIDIA PATRICIA TORO HUERTAS |
| CARGO: | DIRECTORA ADMINISTRATIVA (E) |
| FIRMA | |

Cuenta de cobro 5 - 2023

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

DEBEA:
JOSE GUSTAVO MORENO MORENO
C.C.19.273.258 de Ciudad Bogotá

**LA SUMA DE:**

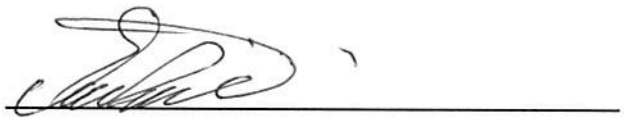
Un Millón Novecientos Setenta Y Cinco Mil Novecientos Cincuenta Y Dos Pesos (1.975.952)

Porconceptode:

- Honorarios por prestación deservicios en cumplimiento del contrato No PS 2957 de 2023 correspondiente al mes de Junio de 2023

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,



JOSE GUSTAVO MORENO MORENO
C.C.19.273.258
Teléfono3177679389Dirección:CALLE 49 H BIS SUR # 10C-19
No cuenta de ahorros 102604527 banco Bogotá
Fecha: 30/Junio/2023

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 | 19273258 | JOSE GUSTAVO MORENO MORENO | | Calle 49B sur 10C - 19 manzana 29 bloque 3 | 5674048 | josegustavom1@hotmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I - Independiente | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | SI |

| 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 |
| 2023-05 | 2023-05 | I | 09/06/2023 | 68502845 | TOTAL A PAGAR | |
| | | | | | $358.900 | |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

**TOTALES SALUD**

| Código EPS | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades | | Licencia Maternidad | | Dias Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | No. Autorización | Valor | No. Autorización | Valor | | | | | |
| EPS037 | Nueva EPS | 900156264-2 | 145.000 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 145.000 | 1 |

**TOTALES PENSIÓN**

| Código AFP | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Dias Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 25-14 | Colpensiones | 900336004-7 | 185.600 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 185.600 | 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 | 28.300 | | | | 28.300 | 0 | 0 | 28.300 | | | 283 | 28.300 | 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 | 145.000 | 145.000 |
| Pensión | 1 | 185.600 | 185.600 |
| Riesgos Laborales | 1 | 28.300 | 28.300 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 358.900 | 358.900 |

PAGADA

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