SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E			
Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	MACROPROCESO	ESTRATÉGICO	CÓDIGO:ET-GT-CO-FT-003
	PROCESO	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	
	SUBPROCESO	CONTRATACIÓN OPS	VERSIÓN:01
	TIPO DE DOCUMEN	FORMATO	
	NOMBRE	INFORME Y CUENTA DE COBRO OPS	FECHA:2016-11-03

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: 3022-20 **C.D.P. No.:** 282 **Proceso al que pertenece:** AMBULATORIO **Unidad a la que pertenece:** LACHES

Nombre del Contratista: OLGA MARIA ROJAS MORENO **C.C.** 24.212.604 **de:** UMBITA

Fecha Inicio: 2019-02-01 **Fecha Terminación incial:** 31-07-2019 **Valor Mensual:** $ 1.309.614 **Valor a cobrar:** $ 1.309.614

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 2.686.320	1756	2019-08-01	2019-09-30
2	$ 742.276	2304	2019-10-01	2019-11-30
3				
4				
5				
6				
7				
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	FEBRERO	$ 1.124.800	$ 256.300	1017870800
2	MARZO	$ 1.185.600	$ 256.300	1018591367
3	ABRIL	$ 1.185.600	$ 256.300	1019365934
4	MAYO	$ 1.292.000	$ 256.300	1020046414
5	JUNIO	$ 1.026.000	$ 256.300	1020776097
6	JULIO	$ 1.238.800	$ 256.300	1021460735
7	AGOSTO	$ 1.246.878	$ 256.300	1022156442
8	SEPTIEMBRE	$ 1.293.930	$ 256.300	1022873701
9	OCTUBRE	$ 1.309.614	$ 256.300	1023616596
10				
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
$ 7.843.200	$ 11.271.796	$ 10.903.222	$ 368.574

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

OBJETO DEL CONTRATO

Prestar los servicios técnicos de auxiliar de higiene oral para la ejecución de actividades asistenciales en los diferentes servicios de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente.

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2019-10-01 **Hasta:** 2019-10-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS(Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLOACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	1.1. Prestar sus servicios como Higienista oral para el desarrollo de las actividades conforme al estándar institucional (10 actividades por hora)	1. Cumplir con las actividades para el desarrollo conforme al estandar institucional
2	2. Apoyar la prestación de servicios de odontologia, presentando la información y/o soportes que soliciten y que correspondan al objeto y/o actividades contractuales.	2. Preste los servicos de odontologia, presentando la información y soportes que soliciten , que correspondan al objetivo de actividades contractuales
3	3.Apoyar actividades del proceso de limpieza, desinfección y esterilización conforme a protocolos institucionales	3.preste actividades del proceso de limpieza, desinfección y esterilización conforme a protocolos institucionales
4	4.Apoyar la realización de las actividades que realice el odontólogo del servicio	4.Apoyar la realización de las actividades que realice el odontólogo del servicio
5	5.Cumplir con las normas de bioseguridad	5.Cumplir con las normas de bioseguridad

Observaciones:

167 hrs

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

olga Rojas.

Firma del Contratista

C.C. 24.212.604 **de** UMBITA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	LINA MARCELA ROJAS
CARGO:	LIDER USS LACHES
FIRMA	

- Lunes
- 3 sabados . 8

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2019-10-18, 01:09:56 PM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1023616596 **Referencia pago(PIN)** 8888687380

Periodo Cotización 201909 **Periodo Servicio** 201909

Cliente:

PAGADA 2019-10-03

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	OLGA MARIA ROJAS MORENO				
Documento	CC 24212604	**Dirección**	CRA 80C # 13 A 32		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3105671554		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 24212604		Residente		Exonerado	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	59	00					ROJAS MORENO OLGA MARIA	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																						Extranjero	S. Integral	Salario	Pensión							Salud						Riesgos						Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Apo ICB
															0	30	30	30	0			$ 828.116	25-14		16 %	$ 828.116	$ 132.500	$ 0	$ 0	EPS005		12,5 %	$ 828.116	$ 103.600	$ 0	14-7	3	2,436 %	$ 828.116	$ 20.200	NIN-CC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
COLPENSIONES	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	EPS SANITAS	SEGUROS BOLIVAR	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 132.500	$ 0	$ 0	$ 103.600	$ 20.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 256.300

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPL