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
FECHA: 2021-12-27

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: PS 5458-2023 | C.D.P. No.: 1399

Proceso que pertenece: CONVENIO 0002-2023
Servicio al que pertenece: CONSULTA EXTERNA
Unidad a la que pertenece: UMHES SANTA CLARA

Nombre del Contratista: LINEY MARITZA CIFUENTES CASTELBLANCO | C.C. 52.735.074 | de: BOGOTA

Fecha Inicio: 2023-05-18 | Fecha Terminación inicial: 2023-06-06 | Valor Mensual: $ 2.642.502 | Valor a cobrar: $ 2.642.502

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 3.494.922	1654	2023-06-07	2023-07-06
2	$ 3.040.298	1983	2023-07-07	2023-08-06
3	$ 2.614.088	2295	2023-08-06	2023-09-06
4	$ 2.614.088	2802	2023-09-06	2023-10-06
5	$ 2.614.088	3415	2023-10-07	2023-11-06
6	$ 2.208.407	4000	2023-11-07	2023-12-06
7	$ 1.542.312	4117	2023-12-07	2024-02-01
8	$ 4.644.363	123	2023-12-07	2024-02-01
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO PLANILLA
1	MAYO	$ 1.733.254	$ 358.900	67801903	16/05/2023
2	JUNIO	$ 3.494.922	$ 358.900	68705679	18/06/2023
3	JULIO	$ 2.642.502	$ 458.600	69506572	18/07/2023
4	AGOSTO	$ 2.642.502	$ 358.900	70101658	14/08/2023
5	SEPTIEMBRE	$ 2.642.502	$ 360.200	70228814	21/09/2023
6	OCTUBRE	$ 2.642.502	$ 360.900	71014271	23/10/2023
7	NOVIEMBRE	$ 2.642.502	$ 358.900	71794208	20/11/2023
8	DICIEMBRE	$ 1.542.312	$ 360.100	72567340	22/12/2023
9	DICIEMBRE	$ 1.071.776	$ 360.100	72567340	22/12/2023
10	ENERO	$ 2.642.502	$ 360.400	73380407	22/01/2023
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 1.742.725	$ 24.515.291	$ 23.697.276	$ 818.015

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO ADMINISTRATIVO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. CONVENIO 0002 DE 2023

Relación de actividades para el periodo: Desde: 2024-01-01 Hasta: 2024-01-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Apropiación de guías operativas	Inducción guias operativas y apropiación de la guía	Listado asistencia
2	Ejecutar acciones de apoyo a la cordinación del proyecto	Realizar entrega de insumos, elementos de proteccion personal, servicio de transporte y kit diagnosticos, entrega de informes al convenio 0002 y otras actividades de	Actas y entrega de insumos
3	Asistir a los comites semanales	Realizar acta comité general de cuidado con prioridades altas , medias y bajas, Logistica y organización de esapcio e insumos requeridos para su desarrollo	Actas y entrega de insumos
4	Liderar y gestionar los procesos de entrega de insumos, elementos de proteccion personal, servicio de transporte y kit diagnosticos, entrega de informes	Realizar solicitud y entrega de insumos , elementos de proteccion, control y manejo de transporte , realización e informes,	Registro de solicitud de pedidos, Acta de entrega de equipos e insumos , planillas de control de vehiculos, archivos entrega
5	Entre otras actividades para la operatividad. CONVENIO 0002 DE 2022. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.	Las que disponga el supervisor del contrato	Registro de solicitud y entrega de productos

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. 52.735.074 de BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 1	
NOMBRE:	Juli Paola Neira Bautista
CARGO:	Director Tecnico Servicios Ambulatorios
FIRMA	

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 2	
NOMBRE:	
CARGO:	
FIRMA	

Cuenta de cobro 010- 2024

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

Nit. 900.959.051-7

DEBE A:

LINEY MARITZA CIFUENTES CASTELBLANCO
C.C. 52.735.074

LA SUMA DE:

DOS MILLONES SEISCIENTOS CUARENTA Y DOS MIL QUINIENTOS DOS PESOS M/CTE

($ 2.642.502)

Por concepto de:

- Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del **contrato No PS 5458 - 2023** correspondiente del 01 AL 31 de Enero de 2024.

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO TECNICO ADMINISTRATIVO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.CONVENIO 0002 DE 2023

Cordialmente,

LINEY MARITZA CIFUENTES CASTELBLANCOC.C.
52735074
Teléfono:3214311204
Dirección: CRA 2 A 17ª 35 SUR
No Cuenta 008480259467

Fecha: 31 de enero de 2024

:ompensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
PO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
:C	52735074	LINEY MARITZA CIFUENTES CASTELBLANCO	CALLE 20 A SUR N 2 22	2094285	lineym2006@gmail.com	
RMA NTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
IICA	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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-12	2023-12	I	22/01/2024	73380407	$360.400	

TALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

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					
5	Sanitas EPS	800251440-6	145.000	0		0		0	4	600	0	145.600	1

TOTALES PENSIÓN

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
1	Colfondos	800227940-6	185.600	0	0	0	0	4	700	0	186.300	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

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										
	Positiva Seguros	860011153-6	28.300				28.300	4	200	28.500			283	28.500	1

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
	0	0	0	0
ICBF				
	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

OK

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	145.000	145.600
Pensión	1	185.600	186.300
Riesgos Laborales	1	28.300	28.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	358.900	360.400

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

:ompensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
PO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
:C	52735074	LINEY MARITZA CIFUENTES CASTELBLANCO	CALLE 20 A SUR N 2 22	2094285	lineym2006@gmail.com	
RMA NTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ICA	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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-12	2023-12	I	22/01/2024	73380407	$360.400	

COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE						INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	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	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CIFUENTES CASTELBLANCO LINEY MARITZA	57	0			N																	231001	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS005	1.160.000	145.000	14-23	1.160.000	3	28.300		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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