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 3935 2023	**C.D.P. No.:**	626
Proceso que pertenece:	GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD		
Servicio al que pertenece:	PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PSPIC-GESTION DE PROGRAMAS Y ACCIONES		
Unidad a la que pertenece:	BELLO HORIZONTE		

Nombre del Contratista: JUAN PABLO RAMÍREZ GORDILLO **C.C.** 1.022.424.788 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2023-03-27 **Fecha Terminación inicial:** 2023-04-26 **Valor Mensual:** $ 2.419.048 **Valor a cobrar:** $ 972.878

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 2.747.742	1161	2023-04-27	2023-05-26
2	$ 1.143.797	1520	2023-05-27	2023-06-10
3	$ 1.617.092	1715	2023-06-11	2023-08-10
4	$ 5.074.777	2106	2023-08-11	2023-09-02
5	$ 2.432.212	2800	2023-09-03	2023-10-02
6	$ 2.419.065	3417	2023-10-03	2023-11-02
7	$ 2.015.567	3850	2023-11-03	2023-12-02
8	$ 1.461.429	4129	2023-12-03	2024-02-15
9	$ 2.584.700	211		
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	MARZO 2023	$ 328.675	$ 330.600	66120008	2023-07-03
2	ABRIL 2023	$ 2.419.048	$ 330.600	67099016	2023-04-17
3	MAYO 2023	$ 2.419.048	$ 330.600	67731659	2023-10-05
4	JUNIO 2023	$ 2.419.048	$ 330.600	68557181	2023-06-13
5	JULIO 2023	$ 2.419.048	$ 330.600	69332008	2023-07-13
6	AGOSTO 2023	$ 2.419.048	$ 330.600	70067788	2023-11-08
7	SEPTIEMBRE 2023	$ 2.419.048	$ 330.600	70878337	2023-09-13
8	OCTUBRE 2023	$ 2.419.048	$ 330.600	71672081	2023-10-13
9	NOVIEMBRE 2023	$ 2.419.048	$ 330.600	72445585	2023-11-15
10	DICIEMBRE 2023	$ 1.491.430	$ 330.600	73298602	2023-12-15
11	DICIEMBRE 2023	$ 927.618	$ 330.600	73298602	2023-12-15
12	ENERO 2024	$ 972.878	$ 330.600	73999487	2024-01-23

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 2.260.808	$ 23.757.189	$ 23.072.985	$ 684.204

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS COMO CONDUCTOR PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2024-01-01 **Hasta:** 2024-01-12

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUTO O EVIDENCIA
1	Transportar a diferentes domicilios dentro de las seis localidades que conforman la Subred, a las auxiliares de enfermería que realiza la vacunación en la estrategia de seguimiento a cohortes	Realizar seguimientos dentro de las seis localidades establecidas por la SUBRED CENTRO ORIENTE y transportando a las auxiliares de enfermeria para realizar la estrategia de vacunacion domiciliaria acorde a los parametros establecidos por el jefe inmediato	producto en fisico
2	Garantizar que la moto cuente con maletero o alforjas para el transporte de los insumos requeridos para la estrategia de vacunación	Al momento de realizar la estrategia de vacunacion el vehiculo (motocicleta) cuenta con los elementos apropiados para el transporte de los insumos	producto en fisico y en magnetico
3	Llevar a cabo eficaz y oportunamente las órdenes impartidas por la coordinación del programa de vacunación para el buen funcionamiento de la estrategia.	Se realiza la orden y funcion asignada diariamente por el jefe inmediato,para desaroolar las actividades de vacunacion diaria	producto fisico y en magnetico
4	Apoyar en las diferentes actividades de transporte requeridas en la estrategia de seguimiento a cohortes de vacunación	Realizar y ejecutar todas las actividades de transporte para la ejecucion apropiada de vacunacion de acuerdo al seguimiento de la cohorte	producto en fisico y en magnetico
5	El contratista deberá manifestar mediante escrito la propiedad del vehículo (moto) y/o la autorización del propietario para desarrollar las obligaciones contraídas en el transporte de las auxiliares de enfermería del programa ampliado de inmunizaciones.	Se cumple y manefiesta en totalidad con la documentacion requeria para realizar las funciones y obligaciones contraidas en el transporte, para el programa ampliado de inmunizaciones (PAI)	producto en fisico y en magnetico
6	Deberá disponer de los documentos completos y en regla (certificado médico para conducir, licencia, documentos de propiedad de la moto, certificado de gases, SOAT,etc)	Se cumple con la documentacion del vehiculo y del propietario de acuerdo a la nomatividad vigente del codigo nacional de transito y transporte Ley 769 de 2007, establece en el artículo 34	producto en fisico y en magnetico
7	Deberá contar con los implementos de seguridad y protección como casco y chaleco reflectivo (para él y el acompañante), rodilleras y canilleras, de acuerdo a la norma.	Al momento de realizar las actividades diarias se cuenta con los elemntos de proteccion personal (EPP) para el equipo de trabajo teniendo cuenta la normatividad vigente resolucion 1737 de 2004 - NTC 4533	producto en fisico y en magnetico
8	El contratista es responsable del mantenimiento de la moto y el combustible de la misma	El propietario o trabajador se compromete y es responsable del mantenimiento del vehiculo como los son combustible y demas gastos que requiera la motocicleta	producto en fisico y en magnetico

9	Informar las dificultades que se presenten en el transporte y en general en el desarrollo de las actividades diarias.	Se entrega la informacion en caso de presentar alguna dificultad en el transcurso de la jornada o con el desarrollo de las actividad diarias con el jefe inmedito	producto en fisico y en magnetico
10	Asistir a las reuniones programadas para el equipo del Programa ampliado de Inmunización por la coordinadora del mismo. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato	Cumplir y asistir a las actividades programadas por la coordinacion del programa ampliado de inmunizaciones (PAI), siendo parte integral del presente contrato	producto en fisico y en magnetico

Observaciones: SS OK MA

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.

Juan Pablo Ramirez

Firma del Contratista

C.C. 1.022.424.788 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 1	
NOMBRE:	LUZ ADRIANA CASTAÑEDA MONTEALEGRE
CARGO:	COORDINADOR(A) GPAISP
FIRMA	

VISTO BUENO REFERENTE DEL PROCESO RESPONSABLE	
NOMBRE:	LUZ CONSUELO PINEDA DUEÑEZ
CARGO:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO 3 REFERENTE PAI
FIRMA	

Cuenta de cobro 002 - 2024

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

Nit. 900.959.051-7

DEBE A:

JUAN PABLO RAMIREZ GORDILLO
C.C. 1.022.424.788 de Bogotá

LA SUMA DE:

NOVECIENTOS SETENTA Y DOS MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y OCHO PESOS

($972.878)

Por concepto de:

- Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No. **PS 3935 2023** correspondiente del 1 al 12 de ENERO de 2024.

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS COMO CONDUCTOR PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Cordialmente,

Juan Pablo Ramirez

JUAN PABLO RAMIREZ GORDILLO
C.C. 1.022.424.788 de Bogotá
Teléfono: 3195557060
Dirección: KR 81 H 47 B 60 sur
Correo electrónico: ramirezjuanpablo738@gmail.com
Cuenta de ahorros No. 24083814572 Banco Caja Social

Fecha: 31/01/2024

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	1022424788	JUAN PABLO RAMIREZ GORDILLO	kr 81 h 47b 60 sur	00000000	ramirezjuanpablo738@gmail.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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-12	2023-12	I	23/01/2024	73999487	$330.600	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	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	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	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										

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	0	0	0
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	330.600	330.600

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
CC	1022424788	JUAN PABLO RAMIREZ GORDILLO		kr 81 h 47b 60 sur	00000000	ramirezjuanpablo738@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-12	2023-12	I	23/01/2024	73999487	$330.600	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCION	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
1	CC	1022424788	RAMIREZ GORDILLO JUAN PABLO	3	0			N																	230201	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS008	1.160.000	145.000		0		0		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Banco Caja Social
Su banco amigo.

Pago de servicios electrónicos

Resultado de la transacción

Transacción exitosa.

Apreciado cliente. Pago sujeto a aprobación. Para concluir, por favor seleccione la opción "Regresar al comercio" y verifique el estado final de la transacción. Si tiene algún inconveniente, comuníquese con la entidad con la que liquidó su planilla o con el comercio desde el cual está realizando la compra o pago.

FECHA Y HORA
22 enero 2024 8:50 pm

DIRECCIÓN IP. 181.53.96.78

NÚMERO DE TRANSACCIÓN
APII4022322214154262

NÚMERO DE CONFIRMACIÓN
4262CATI

NOMBRE DEL COMERCIO	COMPENSAR-OI
NIT DEL COMERCIO	9998600669427
CÓDIGO DEL SERVICIO	99000
VALOR DE LA TRANSACCIÓN	$330.600,00
VALOR DEL IMPUESTO	$0,00
REFERENCIA DE PAGO	73999487
FECHA DE LA SOLICITUD	22 enero 2024
REFERENCIA 1	181.53.96.78
REFERENCIA 2	CC
REFERENCIA 3	1022424788
CÓDIGO DE LA TRANSACCIÓN (CUS)	411478999
CICLO DE LA TRANSACCIÓN	1
DESCRIPCIÓN DEL PAGO	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
CUENTA ORIGEN	Cuentamiga *******4572

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Si No

identificación de pago	numero de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados					

crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	NC CAMBIO SUPERVISOR 1 Y 2 4-5-2023.zip	NC CAMBIO SUPERVISOR 1 Y 2 4-5-2023.zip	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 3935 2023 COMUNICACIÓN SUPERVISOR 1 Y 2 4-5-2023.pdf	PS 3935 2023 COMUNICACIÓN SUPERVISOR 1 Y 2 4-5-2023.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	RP PS 3935 2023.pdf	RP PS 3935 2023.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 3935 2023 CUENTA DE COBRO JUNIO 2023.pdf	PS 3935 2023 CUENTA DE COBRO JUNIO 2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 3935 2023 CUENTA DE COBRO JULIO 2023-1.pdf	PS 3935 2023 CUENTA DE COBRO JULIO 2023-1.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 3935 2023 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2023.pdf	PS 3935 2023 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 3935 2023 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2023.pdf	PS 3935 2023 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 3935 2023 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2023.pdf	PS 3935 2023 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 3935 2023 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2023.pdf	PS 3935 2023 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 3935 2023 CUENTA DE COBRO MARZO 2023.pdf	PS 3935 2023 CUENTA DE COBRO MARZO 2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 3935 2023 CUENTA DE COBRO ABRIL 2023.pdf	PS 3935 2023 CUENTA DE COBRO ABRIL 2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 3935 2023 CUENTA DE COBRO MAYO 2023.pdf	PS 3935 2023 CUENTA DE COBRO MAYO 2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 3935 2023 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2023 1 AL 20.pdf	PS 3935 2023 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2023 1 AL 20.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 3935 2023 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2023 21 AL 31.pdf	PS 3935 2023 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2023 21 AL 31.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Carga nueva

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >