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: 04
FECHA: 2024-02-22

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 3097 2024	**C.D.P. No.:**	316	**Proceso que pertenece:**	DIRECCION DE CONTRATACION
				Servicio al que pertenece:	SELECCIÓN
				Unidad a la que pertenece:	SEDE CALLE 34 B

Nombre del Contratista: JOHN ALEXANDER CORTES PEREZ **C.C.** 1.070.947.792 **de:** FACATATIVÁ

Fecha Inicio: 2024-02-01 **Fecha Terminación inicial:** 2024-03-31 **Valor Mensual:** $ 3.143.560 **Valor a cobrar:** $ 3.143.560

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 3.143.560	948	2024-04-01	2024-04-30
2	$ 3.143.560	1405	2024-05-01	2024-05-31
3	$ 3.143.560	1743	2024-06-01	2024-06-30
4				
5				
6				
7				
8				
9				
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	$ 3.143.560	$ 402.200	74831419	19/02/2024
2	MARZO	$ 3.143.560	$ 402.200	75427318	08/03/2024
3	ABRIL	$ 3.143.560	$ 402.200	76250510	10/04/2024
4	MAYO	$ 3.143.560	$ 402.200	77051975	10/05/2024
5	JUNIO	$ 3.143.560	$ 402.200	77891702	13/06/2024
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 6.287.120	$ 15.717.800	$ 15.717.800	$ 0

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS COMO TECNOLOGO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE CONTRATACION DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2024-06-01 **Hasta:** 2024-06-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO	
		ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUTO O EVIDENCIA
1	Apoyar el proceso de reclutamiento y selección de personal	Alimentar y actualizar matriz de hojas de vida.	Matriz de hojas de vida y de contratacion
2	Realizar llamadas telefónicas y brindar toda la asesoria frente al tramite documental de las hojas de vida y la lista de chequeo frente a la plataforma SECOP	Llamar a los candidatos seleccionados y enviar la información pertinente para la continuación del proceso	
3	Apoyar los procesos de gestión documental subyacentes a los procesos de reclutamiento y selección del personal	Organizar y archivar la documentación perteneciente al proceso.	Archivo del proceso
4	Realizar seguimiento al perfeccionamiento contractual de los diferentes procesos contractuales en la plataforma de SECOP II	Llevar a cabo la traza de los procesos en la plataforma SECOP II	Matriz de hojas de vida y de contratación
5	Realizar seguimiento de los candidatos, a través de bases de datos que permitan tener información constantemente actualizada frente a cada proceso	Llevar a cabo la traza de los procesos involucrados en la seleccion de los candidatos.	
6	Apoyar los procesos de verificacion de referencias laborales del personal de OPS	Hacer las llamadas y las verificaciones pertinentes según los documentos suministrados por los candidatos.	
7	Garantizar la entrega de los insumos OPS de los requerimientos	Realizar las entregas de los insumos según la necesidad de los requerimientos.	
8	Realizar la organizacion y envio de documentos solicitados para la creación de terceros	Recolectar, organizar y enviar los documentos para la creacion de terceros	
9	Realizar las demas actividades que se requieren de acuerdo al objeto contractual, por parte del supervisor del contrato. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato	Se da cumplimiento a este item	N/A

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. 1.070.947.792 de FACATATIVÁ

I	1	0,5
II	1	1
III	2	2,4
IV	4	4,4
V	7	7

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATO	
NOMBRE:	MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN
CARGO:	DIRECTORA DE CONTRATACION
FIRMA	

Cuenta de cobro 5 - 2024

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

Nit. 900.959.051-7

DEBE A:

JOHN ALEXANDER CORTÉS PÉREZ

C.C. 1.070.947.792 de FACATATIVÁ

LA SUMA DE:

Tres Millones Ciento Cuarenta y Tres Mil Quinientos Sesenta Pesos ($3.143.560)

Por concepto de:

•Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No PS 3097 2024 correspondiente al periodo comprendido entre el 01 y 30 de junio del año 2024.

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS COMO TECNOLOGO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE CONTRATACION DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Cordialmente,



JOHN ALEXANDER CORTÉS PÉREZ

C.C. 1.070.947.792

Teléfono 3058668165 Dirección Carrera 108A # 75B-51

No Cuenta de Ahorros 167-993262-84 Bancolombia

Fecha: 30/06/2024.

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	1070947792	JOHN ALEXANDER CORTES PEREZ	Carrera 108 A # 75 B 51	3058668165	john_hetfield@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	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-05	2024-05	I	13/06/2024	77891702	$402.200	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	162.500	0		0		0	0	0	0	162.500	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
230301	Porvenir	800224808-8	208.000	0	0	0	0	0	0		208.000	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	31.700				31.700	0	0	31.700			317	31.700	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	162.500	162.500
Pensión	1	208.000	208.000
Riesgos Laborales	1	31.700	31.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	402.200	402.200

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	1070947792	JOHN ALEXANDER CORTES PEREZ		Carrera 108 A # 75 B 51	3058668165	john_hetfield@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	
2024-05	2024-05	I	13/06/2024	77691702	$402.200	

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	PRL	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	1070947792	CORTES PEREZ JOHN ALEXANDER	57	0			N																	230301	1,300,000	208,000	0	0	0	0	EPS017	1,300,000	162,500	14-11	1,300,000	3	31,700		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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