

C.C.	1.033.715.921	de	BOGOTA D.C
------	---------------	----	------------



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

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATO

NOMBRE: JULI PAOLA NEIRA BAUTISTA (1 - 6) DE JUNIO DE 2024

CARGO: DIRECTOR AMBULATORIOS

FIRMA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATO

NOMBRE: CLAUDIA MARCELA MELO PASTRAN (7 - 30) DE JUNIO DE 2024

CARGO: DIRECTOR AMBULATORIOS

FIRMA

Daniela C.

[Handwritten signature]

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2024-05	2024-05	I	17/06/2024	77939641	TOTAL A PAGAR \$449.000	

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		179.900		0		0		0	10	1.500	0	181.400	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 Bolívar S.A.	860002503-2	35.100				35.100	10	300	35.400			351	35.400	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor More 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 ISE, LIMA IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	179,900	181,400
Pensión	1	230,300	232,200
Riesgos Laborales	1	35,100	35,300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	445,300	449,000

Danida C. 

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD:
					EMPLEADOS
					1
					0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR:
2024-05	2024-05	1	17/06/2024	77838641	\$449,000

[illegible]

1. **U**
 2. **A**
 3. **G**
 4. **A**
 5. **D**
 6. **A**

CUENTA DE COBRO No. 06-2024

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

NIT 900.959.051-7

DEBE A

JENNIFFER ANDREA MUÑOZ SAENZ

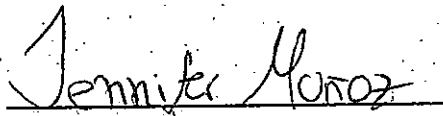
C.C. 1033715921 DE BOGOTÁ D.C

LA SUMA DE:

**(\$3.597.312) TRES MILLONES QUINIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL TRESCIENTOS DOCE PESOS
M/CTE.**

Por concepto de: 192 HORAS Honorarios por Prestación de Servicios en cumplimiento del
Contrato No. PS 1564 2024, con afiliación ARL RIESGO 3 correspondiente del 01/06/2024 AL
30/06/2024

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERO (A) PARA DESARROLLAR
ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE
SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.



JENNIFFER ANDREA MUÑOZ SAENZ

C.C. 1033715921 DE BOGOTÁ D.C

Cel. 3213789355

Dir: CARRERA 10 C NO 30 D 11 SUR

Cuenta:000570100107 BANCO: DAVIVIENDA

30 DE JUNIO DEL 2024

