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 INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 01
FECHA: 2017-07-07

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	1008	**C.D.P. No.:**	4	**Proceso al que pertenece:**	PARTICIPACION CIUDADANA Y SERVICIO AL CIUDADANO
				Unidad a la que pertenece:	USS SAN JOSE OBRERO (CONVENIO 0828-2019)

Nombre del Contratista:	JUANCARLOS OSORIO GUTIERRZ	**C.C.**	1.016.053.507	Bogotá D.C

Fecha Inicio:	2020-01-07	**Fecha Terminación incial:**	2020-01-31	**Valor Mensual:**	$ 1.455.000	**Valor a cobrar:**	$ 1.455.000

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 3.734.500	312	2020-01-30	2020-04-24
2				
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	ENERO- 2020	$ 1.164.000	$ 256.300	541979542
2	FEBRERO-2020	$ 1.455.000	$ 273.000	40553078
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
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
$ 1.455.000	$ 5.189.500	$ 2.619.000	$ 2.570.500

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS DE MANERA PERSONAL Y AUTONOMA. EN SU CONDICIÓN DE AUXILIAR DE ATENCIÓN AL USUARIO, EN EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DEL CONVENIO 0828 DE 2019- PROGRAMA RUTA DE LA SALUD, EN EL PROCESO DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2020-02-01 **Hasta:** 2020-02-29

	OBLIGACIONES ESPECIFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	Desarrollar las actividades que se generen directa e indirectamente del objeto contractual en las Unidades de prestación de servicios asignadas de acuerdo con la programación de actividades.	Se cumple con la asistencia según programación e información brindada por la jefatura.
2	Cumplir con el objeto del contrato, de manera personal y autónoma	Se cumple con la asistencia según programación e información brindada por la jefatura.
3	Cumplir con las Leyes, Decretos, Acuerdos, Resoluciones, Circular de cualquier órgano externo o Reglamento Interno, Código o Directriz Interna de la E.S.E que tenga relación con la ejecución del objeto del presente contrato.	Se cumple con la asistencia según programación e información brindada por la jefatura.
4	Acatar las instrucciones que durante el desarrollo del contrato imparta la SUBRED a través del supervisor del contrato.	Se cumple con la asistencia según programación e información brindada por la jefatura.
5	No acceder a peticiones o amenazas de quienes actúen por fuera de la ley con el fin de hacer u omitir algún hecho.	Se cumple con la asistencia según programación e información brindada por la jefatura.
6	Tener en cuenta las observaciones y lineaminetos del supervisor del contrato.	Se cumple con la asistencia según programación e información brindada por la jefatura.
7	Garantizar la calidad de los servicios ofrecidos (idoneidad humana, moral y Técnica).	Se cumple con la asistencia según programación e información brindada por la jefatura.
8	Cumplir con las Guías, protocolos y procedimientos implementados por la Subred y demás caracteristicas del sistema obligatorio de Garantías de Calidad de la Atención en Salud en el Sistema General de Seguridad Social.	Se cumple con la asistencia según programación e información brindada por la jefatura.
9	Realizar las actividades encomendadas relacionadas con las políticas de LA SUBRED respecto al proceso de acreditación, habilitación y certificación en Sistema de Gestión de Calidad.	Se cumple con la asistencia según programación e información brindada por la jefatura.
10	10) Entregar al Supervisor, una vez finalice el contrato los archivos físicos y magnéticos que se hubieren generado durante su ejecución.	

Observaciones:

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

Firma del Contratista

C.C. 1.016.053.507 **de** Bogotá D.C

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	Dra. Marcela Castellanos Cabrera
CARGO:	Jefe de Oficina de Participacion Comunitaria y Servicio al Ciudadano
FIRMA	

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	1016053507	JUAN CARLOS OSORIO GUTIERREZ	calle 71 sur # 78 a 49	3174994607	juan.gutierrez.4420@gmail.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	
2020-01	2020-01	I	10/02/2020	40553078	$273.000	

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	109.800	0		0		0	6	500	0	110.300	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	140.500	0	0	0	0	6	700	0	141.200	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	21.400				21.400	6	100	21.500			214	21.500	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	109.800	110.300
Pensión	1	140.500	141.200
Riesgos Laborales	1	21.400	21.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	271.700	273.000

PAGADA 40553078

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