



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: PS-3399 2020

C.D.P. No.: 13

Nombre del Contratista: JENNIFFER ANDREA MUÑOZ SAENZ

Fecha Inicio: 2020-02-01 **Fecha Terminación Inicial:** 2020-07-31

Proceso al que pertenece: GESTIÓN AMBULATORIA

Unidad a la que pertenece: CHIRCALES

C.C.: 1.033.715.921 **de:** BOGOTA

Valor Mensual: \$ 2.678.220 **Valor a cobrar:** \$ 2.678.220

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1				
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	FEBRERO 2020	\$ 2.678.220	\$ 322.000	8340672670
2	MARZO 2020	\$ 2.678.220	\$ 331.600	8341469754
3	ABRIL 2020	\$ 2.678.220	\$ 331.600	41848837
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
\$ 16.247.868

VALOR TOTAL DEL CONTRATO
\$ 16.247.868

PAGOS REALIZADOS
\$ 8.034.660

SALDO DEL CONTRATO
\$ 8.213.208

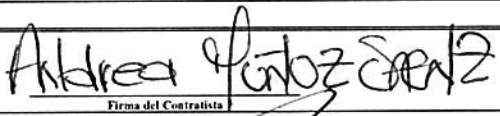
2. INFORME DE ACTIVIDADES REALIZADAS Y AVANCE EN CUMPLIMIENTO DEL OBJETO DEL CONTRATO
OBJETO DEL CONTRATO

Relación de actividades para el periodo:

Desde: 2020-04-01 **Hasta:** 2020-04-30

Observaciones:

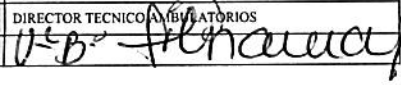
Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL.
En caso de tener contrato nuevo se debe anexar también la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro

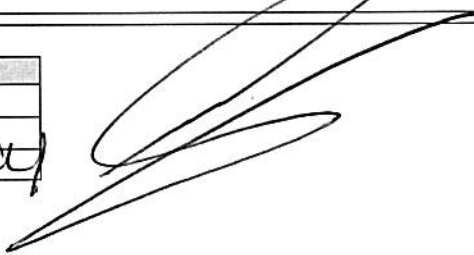


Firma del Contratista

C.C. 1.033.715.921 de BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS

NOMBRE:	NELSON JAVIER MALDONADO
CARGO:	DIRECTOR TECNICO AMBULATORIOS
FIRMA	



DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UNC
					1	0
					TOTAL A PAGAR	
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES					
2020-03	2020-03	1	08/04/2020	41824837	\$332.200	

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de ICIE, LMA, IPR y Mora	Total a Pagar
Salud	1	134.000	134.200
Pension	1	171.500	171.600
Riesgos Laborales	1	26.100	26.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	331.600	332.200