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: 02
FECHA: 2020-05-04

## 1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

| | | | |
|---|---|---|---|
| No. CONTRATO - OPS: | PS 1237 2020 | C.D.P. No.: | 7 |
| Proceso al que pertenece: | DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA - TRANSPORTES | | |
| Unidad a la que pertenece: | santa clara | | |
| Nombre del Contratista: | JOSE ANTONIO MORALES TORRES | C.C. | 19.417.603 de: BOGOTA |
| Fecha Inicio: | 2020-01-16 | Fecha Terminación incial: | 2020-07-15 |
| Valor Mensual: | $ 1.499.000 | Valor a cobrar: | $ 1.499.000 |

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | $ 1.499.000 | 2016 | 2020-07-16 | 2020-08-16 |
| 2 | $ 1.499.000 | 2424 | 2020-08-16 | 2020-09-16 |
| 3 | $ 2.998.000 | 2877 | 2020-09-16 | 2020-11-15 |
| 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 |
|---|---|---|---|---|
| 1 | ENERO | $ 749.500 | $ 236.100 | 4309787259 |
| 2 | FEBRERO | $ 1.499.000 | $ 250.300 | 4317352180 |
| 3 | MARZO | $ 1.499.000 | $ 250.300 | 4323883619 |
| 4 | ABRIL | $ 1.499.000 | $ 250.300 | 4328143257 |
| 5 | MAYO | $ 1.499.000 | $ 250.300 | 4331739047 |
| 6 | JUNIO | $ 1.499.000 | $ 250.300 | 4335817980 |
| 7 | JULIO | $ 1.499.000 | $ 250.300 | 4341938358 |
| 8 | AGOSTO | $ 1.499.000 | $ 250.300 | 4345596176 |
| 9 | SEPTIEMBRE | $ 1.499.000 | $ 250.300 | 4350173275 |
| 10 | OCTUBRE | $ 1.499.000 | $ 250.300 | 4354318162 |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |

| Resumen de contrato | VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|---|
| | $ 8.994.000 | $ 14.990.000 | $ 14.240.500 | $ 749.500 |

12 4

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

**OBJETO DEL CONTRATO**

PRESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO DE MANERA PERSONAL Y AUTÓNOMA, EN SU CONDICIÓN DE AUXILIAR ADMINISTRATIVO, PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES EN EL PROCESO DE LA DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Relación de actividades para el período: Desde: 2020-10-01 Hasta: 2020-10-31

| | OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta) | DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 1 | Transportar al personal administrativo y asistencial para la presentacion, radicación o recolección de documentos y asistencia a reuniones inherentes al area de trabajo, internas y externas, apoyando la gestion de formara rapida y agil. | Se realiza el traslado de manera oportuna del personal administrativo y asistencial de acuerdo a la necesidad requerida y a la programacion realizada | Transporte de farmacias, material médico y otros insumos, con el objetivo de agilizar el proceso de almacén general, se realizan 106 traslados, con vehículos de placas OFK 353, OBH 257, OHG 922 y OHG 346 |
| 2 | Apoyar el area asistencialen el transporte de pacientes a los lugares designados,con el proposito de brindar una atencion optima y con calidad . | Se realiza el traslado de pacientes al lugar de necesadad | |
| 3 | Apoyar al laboratorio clinico en el transporte de elementos necesarios para la presentacion de servicios. Con el fin de atender oportunamente los requerimientos del area asistencial . | Se realiza el traslado de manera oportuna del personal administrativo y asistencial de acuerdo a la necesidad requerida y a la programacion realizada | |
| 4 | Apoyar el area de compras, abastecimiento y almacenes con el traslado de medicamentos e insumos requeridos en la subred de manera oportuna. | Se realiza el traslado de manera oportuna del personal administrativo y asistencial de acuerdo a la necesidad requerida y a la programacion realizada | |
| 5 | Apoyar a la Direccion Administrativa con el traslado de materiales, equnipos y demas, requeridos para el funcionamiento de las unidades de la subred | Se realiza el traslado de manera oportuna del personal administrativo y asistencial de acuerdo a la necesidad requerida y a la programacion realizada | |
| 6 | Apoyar los demas traslados requeridos por la Subred, para dar cumplimiento a los convenios asistenciales y administrativos o similares suscritos por la Subred. | Se realiza el traslado de manera oportuna del personal administrativo y asistencial de acuerdo a la necesidad requerida y a la programacion realizada | |
| 7 | Diligenciar la planilla diaria de recorridos realizados en letras claras, legible, sin tachones, ni enmendaduras. | Se entrega planilla diligenciada con fecha y recorridos realizados a diario. | Se encuentran las planillas en custodia de la oficina de transporte |
| 8 | Mantener en optimas condiciones el aseo del vehiculo asignado propendiendo por la calidad de de la presentacion e imagen institucional | Se realiza el aseo del vehiculo y su mantenimiento correspondiente | |
| 9 | Las demas actividades asignadas por la autoridad competente , de acuerdo con el nivel, naturaleza , y area de desempleño del contacto. | Se da cumplimiento a las tareas asignadas | |
| 10 | Cumplir la normatividad vigente interna y externa, en especial la relacionada con el El Plan Estrategico de Seguridad Vial, Movilidad Sostenible y Reconbocacion | Se cumple con las normas establecidas y se tienen los cuidados necesarios para disminuir riesgos. | |
| 11 | Mantener en reserva y discrecion de la informacion que por su actividad llegare a conocer | Toda informacion dada se mantiene como reserva del sumario y es dada solo a la persona o personas | |
| 12 | Participar y adherirse a las actividades y programas internos y externos relacionados con el objeto contractual | Se tiene una participacion atenta en cada actividad o capacitacion programada. | Participa en las actividades propuestas, se evidencia en los listados de asistencia |
| 13 | Asegurar la adecuada y racional utilizacion de los recursos de la Subred y demas equipos y elementos que sean utilizados para el cumplimiento de las actividades contractuales. | Se da cumplimiento a las directrices de las diferentes areas para la optima utilizacion de los recursos | |
| 14 | Cumplir con las normas de Bioseguridad, Seguridad y Salud en el Trabajo, Gestion Ambiental y Calidad con el fin de disminuir los riegos. | Se cumple con las normas establecidas y se tienen los cuidados necesarios para disminuir riesgos. | |
| 15 | Prestar sus servicios de manera cortes, humana, calida e las diferentes areas y servicios donde preste sus actividades. | Se realiza el traslado de manera oportuna del personal administrativo y asistencial de acuerdo a la necesidad requerida y a la programacion realizada | |
| 16 | Informar al Supervisor del contrato cualquier novedad que se presente en el cumplimiento de las actividades. | Se informa al supervisor cualquier tipo de inconveniente o novedad q se presente al momento de llevar a cabo las actividades | |
| 17 | Presentar planilla de pago y aportes de seguridad social del mes correspondiente al certificado. | Se presentan las planillas de pago en el tiempo oportuno | Se presenta planilla de pago mensual |
| 18 | Las demas actividades que sean asignadas por el supervisor del contrato y que se ecuentren relacionadas con el objeto contractual. Contenidas en el formato nde necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato. | Se da cumplimiento a las tareas asignadas | Se encuentran las planillas en custodia de la oficina de transporte |

**Observaciones:**

Se anexa certificacion 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

Jose A Morales T.
Firma del Contratista

C.C. 19.417.603 de BOGOTA

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS | |
|---|---|
| NOMBRE: | SANDRA XIMENA ORTIZ MUÑOZ |
| CARGO: | DIRECTORA ADMINISTRATIVA |
| FIRMA | |

Sandra Ximena Ortiz Muñoz

SOI

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

TIPO IDENTIFICACIÓN: CÉDULA DE CIUDADANIA
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 19417603
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: JOSE ANTONIO MORALES TORRES MORALES TORRES
CIUDAD/MUNICIPIO: BOGOTA DISTRITO CAPITAL
DEPARTAMENTO: BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN: CL 14 P BIS # 68 A 66 SUR
TELÉFONO: 7613616
TIPO APORTANTE: 02-INDEPENDIENTE
CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA: PRIVADA
ACTIVIDAD ECONÓMICA: Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN: ÚNICO
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): NO

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**

NÚMERO PLANILLA: 4354318162
TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS: MES octubre AÑO 2020
PERIODO COTIZACIÓN SALUD: MES octubre AÑO 2020
DÍAS DE MORA: 0
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): 2020/10/08
NÚMERO AUTORIZACIÓN: 9992236911

**TOTAL APORTES A PENSIÓN**

| Administradora Código | Administradora Nombre | No. Cotizantes | Cotización | Aportes voluntarios Empleador | Aportes voluntarios Cotizante | FSP Solidaridad | FSP Subsistencia | Mora Cotización | Mora FSP | Totales Aportes | Totales Mora | Totales Valor pagado |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 1 | $ 140.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 140.500 | $ 0 | $ 140.500 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | $ 140.500 | $ 0 | $ 140.500 |

**TOTAL APORTES A SALUD**

| Administradora Código | Administradora Nombre | No. Cotizantes | Incapacidad por enfermedad Número autorización | Incapacidad por enfermedad Valor | Licencia maternidad Número autorización | Licencia maternidad Valor | Saldo a favor Planilla | Saldo a favor Valor | Liquidación Cotización | Liquidación UPC | Mora Cotización | Mora UPC | Totales Aportes | Totales Mora | Totales Descuento | Totales Valor pagado |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS005 | EPS005-SANITAS S.A. | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 109.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 109.800 | $ 0 | $ 0 | $ 109.800 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | | | | $ 109.800 | $ 0 | $ 0 | $ 109.800 |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | CC 19417603 | MORALES TORRES JOSE | INDEPEND | | $ 877.803 | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | |

SEGURIDAD SOCIAL – PENSIÓN

| ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 25-14 COLPENSIONES | 30 | $ 877.803 | $ 140.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 140.500 |

SEGURIDAD SOCIAL – SALUD / ARP

| SALUD ADMIN | SALUD DÍAS COT | SALUD IBC | SALUD COTIZACIÓN | SALUD Vr UPC | SALUD TOTAL APORTE | ARP ADMIN | ARP DÍAS COT | ARP IBC | ARP CENTRO DE TRABAJO | ARP TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS005-SANITAS S.A. | 30 | $ 877.803 | $ 109.800 | $ 0 | $ 109.800 | | | $ 0 | | $ 0 |

PARAFISCALES

| DÍAS COT | IBC | CCF ADMIN | CCF TOTAL APORTE | SENA TOTAL APORTE | ICBF TOTAL APORTE | ESAP TOTAL APORTE | MINEDU TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

**TOTAL** $ 250.300