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 1234 2020 | C.D.P. No.: | 7 |
| Proceso al que pertenece: | DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA - TRANSPORTES | | |
| Unidad a la que pertenece: | santa clara | | |
| Nombre del Contratista: | OLEGARIO NOVA TEJEDOR | C.C. | 3.183.656 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 | 2020-08-15 |
| 2 | $ 1.499.000 | 2424 | 2020-08-16 | 2020-09-15 |
| 3 | $ 2.998.000 | 2877 | 2020-09-16 | 2020-11-15 |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |

| Nº CTA | MES DE CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR | VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL | NÚMERO DE PLANILLA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | ENERO | $ 749.500 | $ 236.100 | 1025943373 |
| 2 | FEBRERO | $ 1.499.000 | $ 250.300 | 1026586079 |
| 3 | MARZO | $ 1.499.000 | $ 250.300 | 1028477528 |
| 4 | ABRIL | $ 1.499.000 | $ 250.300 | 1028477589 |
| 5 | MAYO | $ 1.499.000 | $ 136.200 | 1029721323 |
| 6 | JUNIO | $ 1.499.000 | $ 136.200 | 1029721542 |
| 7 | JULIO | $ 1.499.000 | $ 250.300 | 1030530314 |
| 8 | AGOSTO | $ 1.499.000 | $ 250.300 | 1031140222 |
| 9 | SEPTIEMBRE | $ 1.499.000 | $ 250.300 | 1031821408 |
| 10 | OCTUBRE | $ 1.499.000 | $ 250.300 | 1032350745 |
| 11 | | | | |

**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 |

R 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.

Relacion de actividades para el periodo: 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, radicacion o recoleccion 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 | Traslados con la sub gerencia corporativa, sub gerencia de servicios de salud Se realizan 155 traslados con vehiculo de placa OBH922, OBH 257 |
| 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 necesidad | |
| 3 | Apoyar al laboratorio clinico en el tranporte de elementos necesarios para la presentacion de servicios, Con el fin de atender apertunamente 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, equipos 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 | Diligencia 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 | Mantiene 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 desempeño del contacto. | Se da cumplimiento a las tareas asignadas | |
| 10 | Cumple la normatividad vigente interna y externa, en especial la relacionada con el El Plan Estrategico de Seguridad Vial, Movilidad Sostenible y Ecoconduccion. | 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 información 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 a 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 encuentren 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 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. 3.183.656 de BOGOTA

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

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2020-10-08, 12:39:01 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1032350745

**Periodo Cotización:** septiembre de 2020 **Periodo Servicio:** septiembre de 2020 **Referencia pago (PIN):** 8811191390

**PAGADO 08/10/2020**

## I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | OLEGARIO NOVA | | |
| **Documento** | CC3183656 | **Dirección** | CLL 132 A 151 A 59 |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3205307695 |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO |
| **Ciudad** | BOGOTA D.C. | **Departamento** | BOGOTA D.C. |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | |
| **Total Afiliados** | 1 | **ARP** | NINGUNA ARP |

## II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | RET P | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |
| CC 3183656 | OLEGARIO NOVA TEJEDOR | 03 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 0 | 0 | (25-14) COLPENSIONES | $ 877.803 | $ 140.500 | (EPS002) SALUD TOTAL EPS | $ 877.803 | $ 109.800 | 0,000 | $ 0 | $ 0 | (NIN-CC) NINGUNA CCF | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 250.300 |

## III.TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 877.803 | $ 877.803 | $ 0 | $ 0 | $ 140.500 | $ 109.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 250.300 | $ 0 | $ 250.300 |



Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.