SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
APOYO – GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CÓDIGO: [illegible]
VERSIÓN: 01

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: [illegible] C.D.P. No.: [illegible] Proceso al que pertenece: [illegible]
Unidad a la que pertenece: [illegible]
Nombre del Contratista: [illegible] C.C. [illegible] de [illegible]
Fecha Inicio: [illegible] Fecha Terminación inicial: [illegible] Valor Mensual: [illegible] Valor a cobrar: [illegible]

ADICIÓN/OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA

Resumen de cuentas:

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

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

OBJETO DEL CONTRATO: [illegible]

Relacione las actividades ejecutadas durante el periodo: Desde: [illegible] Hasta: [illegible]

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las establecidas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	[illegible]	[illegible]	[illegible]
2	[illegible]	[illegible]	[illegible]
3	[illegible]	[illegible]	[illegible]
4	[illegible]	[illegible]	[illegible]
5	[illegible]	[illegible]	[illegible]
6	[illegible]	[illegible]	[illegible]
7	[illegible]	[illegible]	[illegible]
8	[illegible]	[illegible]	[illegible]
9	[illegible]	[illegible]	[illegible]
10	[illegible]	[illegible]	[illegible]
11	[illegible]	[illegible]	[illegible]
12	[illegible]	[illegible]	[illegible]
13	[illegible]	[illegible]	[illegible]
14	[illegible]	[illegible]	[illegible]
15	[illegible]	[illegible]	[illegible]
16	[illegible]	[illegible]	[illegible]
17	[illegible]	[illegible]	[illegible]
18	[illegible]	[illegible]	[illegible]
19	[illegible]	[illegible]	[illegible]
20	[illegible]	[illegible]	[illegible]
21	[illegible]	[illegible]	[illegible]
22	[illegible]	[illegible]	[illegible]

Observaciones:

Cecilia García
Firma del contratista

C.C. [illegible] de [illegible]

No anexa certificado de no tener sanciones vigentes. SIRI

El valor de cada cuenta de cobro incluye la certificación bancaria con la relación mensual de pago

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE	[illegible]
CARGO	[illegible]
FIRMA	[illegible]

Escaneado con CamScanner

en línea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
C 40391758		GARCIA SILVA CECILIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cr24#23-12 sur	BOGOTA BOGOTA D.E.	5555555	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-08	2020-08	9202721912863390	84099538 97	1	2020/09/14	2020/09/29	BANCO DE OCCIDENTE	11	$271,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificacion	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$877,803	$140,500			$877,803	$109,800			$0	$0			$877,803	$21,400		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$877,803	$140,500			$877,803	$109,800			$0	$0			$877,803	$21,400		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$877,803	$140,500			$877,803	$109,800			$0	$0			$877,803	$21,400		$0	$0
1	CC	40391758	GARCIA CECILIA	230301	30	$877,803	$140,500	EPS008	30	$877,803	$109,800		0	$0	$0	14-7	30	$877,803	$21,400		$0	$0
Total Afiliados(1)						$877,803	$140,500			$877,803	$109,800			$0	$0			$877,803	$21,400		$0	$0

Horas 228 /al

Escaneado con CamScanner