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

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - SIPS	C.D.P. No.	Persona a la que pertenece: / Cedula a la que pertenece:
Nombre del Contratista:		C.C. / de
Perfil:	Fecha Terminación inicial:	Valor Mensual: / Saldo a cobrar:

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

N° CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NUMERO DE PLANILLA

Resumen de contrato	VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
	$ 11.558.568	$ 19.227.792	$ 17.463.144	$ 1.764.648

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO DE MANERA PERSONAL Y AUTÓNOMA, EN RELACIÓN CON LAS DE TECNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERIA, PARA LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES CONTEMPLADAS EN EL PLAN DE VACUNACIÓN CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD E.S.E.

Relación de actividades para el periodo: Desde: Hasta:

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las establecidas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN LAS OBLIGACIONES	
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			

Observaciones:

Firma del Contratista

C.C.

Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL

Nota: El último informe debe ir acompañado con la certificación laboral con la persona cumplio de cubrir

VISTO BUENO SUPERVISOR DE LA ORDEN

NOMBRE	
CARGO	
FIRMA	

C.C. No. 52.431.204 Bta
Enfermera P.U.S

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2020-09-21, 12:23:45 PM Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Periodo Cotización: agosto de 2020 Periodo Servicio: agosto de 2020

Numero Planilla: [illegible]

Referencia pago (PIN): [illegible]

PAGADO 21/09/2020

DATOS DEL APORTANTE			
Razón Social	JHON ALEJANDRO RODRIGUEZ URQUIJO	Dirección	CARRERA 120A # 17F - 34
Documento	CC1016109840	Teléfono	5474969
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Forma Presentación	ÚNICO
Tipo Persona	NATURAL	Departamento	BOGOTA D.C.
Ciudad	BOGOTA D.C.	Identificación	
Representante Legal		ARP	SEGUROS BOLIVAR
Total Afiliados	1		

I. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado | Novedades | Pensiones | Salud | Riesgos | Cajas | Parafiscales | Total

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
$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	[illegible]	$ 0	[illegible]

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas *	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas
[illegible]	[illegible]	[illegible]	$ 0	[illegible]	[illegible]	[illegible]	$ 0

180horas/ [illegible]

Líneas de Servicio [illegible]