

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-1A-FT-014
VERSIÓN: 02
FECHA: 2020-05-04

DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: **PS 1263 2020** C.D.P. No.: **7**

Nombre del Contratista: **CARLOS JAVIER RAMIREZ BARRETO**

Fecha Inicio: **2020-01-16** Fecha Terminación Incl.: **2020-07-15**

Proceso al que pertenece: **DIRECCION ADMINISTRATIVA (ACTIVOS FFIOS)**

Unidad a la que pertenece: **PERSEVERANCIA, SEDE 33 Y 34, SAMPER MENDOZA, CANDELARIA, LACHES**

C.C. **80.035.070** de: **BOGOTA**

Valor Mensual: **\$ 1.722.000** Valor a cobrar: **\$ 861.000**

ADICION OTRO SI	VALOR ADICION	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
1	\$ 1.722.000	2016	2020-07-16	2020-08-15
2	\$ 1.722.000	2424	2020-08-16	2020-09-15
3	\$ 3.444.000	2887	2020-09-16	2020-11-15
4	\$ 3.444.000	3638	2020-11-16	2021-01-15
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				

MESES	MES DE CUENTA DE GOBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	ENERO	\$ 861.000	\$ 256.300	8339778885
2	FEBRERO	\$ 1.722.000	\$ 271.700	8340430857
3	MARZO	\$ 1.722.000	\$ 271.700	41059422
4	ABRIL	\$ 1.722.000	\$ 271.700	41668008
5	MAYO	\$ 1.722.000	\$ 157.600	42409881
6	JUNIO	\$ 1.722.000	\$ 157.601	43115008
7	JULIO	\$ 1.722.000	\$ 271.700	43759169
8	AGOSTO	\$ 1.722.000	\$ 271.700	44629456
9	SEPTIEMBRE	\$ 1.722.000	\$ 271.700	45143554
10	OCTUBRE	\$ 1.722.000	\$ 271.700	45775809
11	NOVIEMBRE	\$ 1.722.000	\$ 271.700	46457624
12	DICIEMBRE	\$ 1.722.000	\$ 271.700	47078285
13	ENERO	\$ 861.000	\$ 271.000	47702393
14				
15				
16				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO
\$ 10.332.000

VALOR TOTAL DEL CONTRATO
\$ 20.664.000

PAGOS REALIZADOS
\$ 20.664.000

SALDO DEL CONTRATO
\$ 0

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

Relación de actividades para el período:

Desde: **2021-01-01** Hasta: **2021-01-15**

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. **80.035.070** de **BOGOTA**

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

H. J. Jarama

DATOS DEL APORTANTE					EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD	
CÓDIGO	NÚMERO DE IDENTIFICACION	NOMBRE DEL APORTANTE	PROFESION	TELÉFONO		
CC	89033070	Carlos Javier Ramirez Parraza	KRA 56 D BIS 20 F 25 APTQ 212	9335534	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD	
		NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO		Ciudad / Municipio
UNICA	Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				EMPLEADOS	UPC
2020-12	2020-12	I	04/01/2021	47702393	1	0
					TOTAL A PAGAR	
					\$271.700	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	109.800	0		0.		0	0	0	0	109.800	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Colización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Colización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	800338004-7	140.500	0	0	0	0	0	0		140.500	

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización		Incapacidades		Aportes Otros		Valor Neto		Días		Valor Mora		Subtotal		No. Radicado		Valor Saldo a		Fondo	Total a Pagar	No. Afiliados
			Obligatoria	Voluntaria	No. Autorización	Valor	Sistemas	Cotización	Mora	Cotización	Mora	Cotización	Saldo a Favor	Saldo a Favor	Saldo a Favor	Saldo a Favor	Saldo a Favor	Saldo a Favor	Saldo a Favor				
14-11	ARL SURA	890803790-5	21,400						21,400	0	0	0	0	0	21,400						214	21,400	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	109.800	109.800
Pensión	1	140.500	140.500
Riesgos Laborales	1	21.400	21.400
COF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	271.700	271.700