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 CONTRATACIÓN
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 04
FECHA: 2024-02-22

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 3122 2024	**C.D.P. No.:**	135
Proceso que pertenece:	DIRECCION FINANCIERA		
Servicio al que pertenece:	CUENTAS POR PAGAR		
Unidad a la que pertenece:	UMHES SANTA CLARA		
Nombre del Contratista:	ADRIANA MARCELA LUGO LUGO	**C.C.**	52.160.932 **de:** BOGOTA
Fecha Inicio:	2024-02-01	**Fecha Terminación inicial:**	2024-03-31
Valor Mensual:	$ 3.170.340	**Valor a cobrar:**	$ 3.170.340

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 3.170.340	950	2024-04-01	2024-04-30
2	$ 3.170.340	1369	2024-05-01	2024-05-31
3				
4				
5				
6				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO PLANILLA
1	FEBRERO	$ 3.170.340	$ 428.200	74218149	12/02/2024
2	MARZO	$ 3.170.340	$ 428.200	74993674	08/03/2024
3	ABRIL	$ 3.170.340	$ 429.100	75761784	10/04/2024
4	MAYO	$ 3.170.340	$ 428.800	76573597	10/05/2024
5					
6					

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 6.340.680	$ 12.681.360	$ 12.681.360	$ 0

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL DE APOYO A LA GESTION PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2024-05-01 **Hasta:** 2024-05-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Dar estricto cumplimiento a las normas, manuales, procesos y procedimientos vigentes en materia contable respecto al conocimiento, medicion y revelacion de las partidas asignadas.	Cumplir con las normas, manuales, procesos y procedimientos contables vigentes	Entradas de almacen, facturas y certificaciones
2	Realizar la revisión de las facturas radicadas por el proveedor al almacen	Revision de facturacion de compra de bienes, radicada por cada proveedor y/o supervisores de contrato	Punteo y recibido en cada una de las facturas.
3	Revisar la causación contable y tributaria de las entradas al almacén	Revision de facturacion con registro contable por concepto de compra de bienes, radicadas en el almacen central.	Comprobante de entrada de Almacen Revisado y firmado
4	Revisar los soportes de las facturas para el respectivo pago	Revision de soportes obligatorios (pago parafiscales al dia y formato de supervision diligenciado), para radicacion de facturas en cuentas por pagar.	Punteo en cada una de las cuentas entregadas por supervisores
5	Revisar la certificación emitida por el supervisor por cada registro en que radique factura	Revision de la certificacion emitida por los supervisores de contratos, verificando No. Contrato, No. Factura, valores y firma de supervisor.	Certificacion punteada y revisada con sello
6	Radicar las facturas recibidas y revisadas al área de presupuesto	Coordinar un dia, cada semana para entrega de facturacion radicada al proceso de presupuesto.	Descargue en base de datos, ordenado por contrato e Inventario de Facturas enviadas al area de Presupuesto.
7	Realizar conciliaciones contables con los diferentes proveedores en búsqueda del proceso de depuración contable	Revision de cuentas pendientes de pago junto con los proveedores para depuracion contable.	Actas de conciliaciones con proveedores
8	Realizar los ajustes en el módulo de pagos que se derivan en los procesos de conciliación y/o revisión de facturas	Realizar Notas debito / credito y ajustes en el modulo de pagos	Notas credito y debito
9	Hacer la entrega formal de las actividades mediante acta de los documentos, archivos, información y elementos a su cargo, al momento de la terminación del	Realizar formato y cuenta de cobro del mes correspondiente detallando valores y fechas	Formato informe y cuenta de cobro
10	Responder por los elementos y equipos que le sean entregados por el supervisor del contrato	Informar todos los elementos que se encuentran a mi cargo a area de activos fijos	Inventario activos fijos
11	Asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el área	Presentarse alas reuniones citadas	Actas de reuniones
12	Presentar informe de actividades, acompañado del recibo de pago de Salud, Pensión y A.R.L. del mes vencido	Enviar al area correspondiente la evidencia fisica del pago de parafiscales	Radicado en area Financiera
13	Realizar las demás actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor de contrato. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.	Alistamiento y envio de facturas solicitadas por la reviosria fiscal.	Inventario muestra facturacioin bienes para revisoria fiscal

Observaciones:

Nota: Es deber contractual anexar la certificación del pago a Salud, pensión y ARL. En caso de tener contrato nuevo adjuntar el soporte de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud como cotizante y afiliación a pensión.. Teniendo en cuenta que con la implementación del Decreto 1273 de 2018 el pago de aportes se hace de manera vencida de acuerdo con las fechas establecidas en el Decreto 1990 de 2016.

Firma del Contratista

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATO

NOMBRE:	YOINER ALFONSO ACOSTA GONZALEZ (1 - 13) MAYO 2024
CARGO:	DIRECTOR FINANCIERO
FIRMA	

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATO

NOMBRE:	LUZ JINETH CUEVAS MUÑOZ (14 - 20) MAYO 2024
CARGO:	SUGERENTE CORPORATIVA
FIRMA	

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATO

NOMBRE:	SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO (21 - 31) MAYO 2024
CARGO:	DIRECTOR FINANCIERO
FIRMA	

Cuenta de cobro 004 - 2024

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Nit. 900.959.051-7

DEBE A:

Adriana Marcela Lugo Lugo
C.C. 52.160.932 de Bogotá

LA SUMA DE:

Tres millones ciento setenta mil trescientos cuarenta pesos (3.170.340,oo)

Por concepto de:

- Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No PS 3122 de 2024 correspondiente 01 al 31 del mes de mayo de 2024.

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL DE APOYO A LA GESTION PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRDA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Cordialmente,

Adriana Marcela Lugo Lugo
C.C. 52.160.932 de Bogotá
Teléfono 312-3431561 Dirección Cll 49 B sur 9 89 Torre 8 Apto 402
No Cuenta 0552157935 ahorros BBVA

Fecha: 31/mayo/2024

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52160932	ADRIANA MARCELA LUGO LUGO	CALLE 49 B SUR N 9 89 TORRE 8 APT 402	3128615420	amalulu2@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – 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	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2024-04	2024-04	I	10/05/2024	76573597	$428.800	

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					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	162.500	0		0		0	1	200	0	162.700	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	208.000	0	0	0	0	1	200	0	208.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	31.700				31.700	1	100	31.800			317	31.800	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	26.000	1	100	26.100	1

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	162.500	162.700
Pensión	1	208.000	208.200
Riesgos Laborales	1	31.700	31.800
CCF	1	26.000	26.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	428.200	428.800

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información