PS 5336-2021

Cuenta de cobro 005- 2021

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

Nit. 900.959.051-7

DEBE A:

JOSE LUIS CASTIBLANCO CEPEDA
C.C. 1022417371 de BOGOTA

LA SUMA DE:

UN MILLON NOVECIENTOS OCHENTA MIL DOSCIENTOS CATORCE PESOS

($1.980.214)

Por concepto de:

- Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No PS 5336 de 2021 correspondiente 04 al 31 mes de mayo de 2021

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS COMO CONDUCTOR DE APOYO A LA GESTION PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Cordialmente,

Jose Castiblanco

JOSE LUIS CASTIBLANCO CEPEDA

NOMBRE CONTRATISTA
C.C. 1022417371
Teléfono: 3127046803 Dirección: CALLE 84 SUR 96-20 TORRE 25 APTO 103
No Cuenta 796242923 ahorros Banco de Bogotá

Fecha: 31/Mayo/2021

PS 5336-2021

Secretaría Distrital 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 RECURSOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CÓDIGO: APGA-FT-014
VERSIÓN: 02
FECHA: 2020-05-08

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: 5336 2021 **C.D.P. No.:** 1156

Proceso al que pertenece: PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC

Unidad a la que pertenece: SALUD PUBLICA - PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACION

Nombre del Contratista: JOSE LUIS CASTIBLANCO CEPEDA **C.C.** 1.022.417.371 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2021-05-04 **Fecha Terminación inicial:** 2021-06-03 **Valor Mensual:** $ 2.194.936 **Valor a cobrar:** $ 1.980.214

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	MAYO	$ 1.980.214	$ 259.000	94192809923
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 2.194.936	$ 2.194.936	$ 1.980.214	$ 214.722

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS COMO CONDUCTOR DE APOYO A LA GESTIÓN PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Relación de actividades para el peric **Desde:** 2021-05-04 **Hasta:** 2021-05-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCION DEL DESARROLLO ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUTO O EVIDENCIA
1	Transportar a diferentes domicilios dentro de las seis localidades que conforman la Subred, a las auxiliares de enfermería que realiza la vacunación en la estrategia de seguimiento a cohortes	Realizar seguimientos dentro de las seis localidades establecidas por la SUBRED CENTRO ORIENTE y transportando a las auxiliares de enfermeria para realizar la estrategia de vacunacion domiciliaria acorde a los parametros establecidos por el jefe inmediato	producto en fisico
2	Garantizar que la moto cuente con maletero o alforjas para el transporte de los insumos requeridos para la estrategia de vacunación	Al momento de realizar la estrategia de vacunacion el vehiculo (motocicleta) cuenta con los elementos apropiados para el transporte de los insumos	producto en fisico y en magnetico
3	Llevar a cabo eficaz y oportunamente las órdenes impartidas por la coordinación del programa de vacunación para el buen funcionamiento de la estrategia.	Se realiza la orden y funcion asignada diariamente por el jefe inmediato,para desarrollar las actividades de vacunacion diaria	producto fisico y en magnetico
4	Apoyar en las diferentes actividades de transporte requeridas en la estrategia de seguimiento a cohortes de vacunación	Realizar y ejecutar todas las actividades de transporte para la ejecucion apropiada de vacunacion de acuerdo al seguimiento de la cohorte	producto en fisico y en magnetico
5	El contratista deberá manifestar mediante escrito la propiedad del vehículo (moto) y/o la autorización del propietario para desarrollar las obligaciones contraídas en el transporte de las auxiliares de enfermería del programa ampliado de inmunizaciones.	Se cumple y manefiesta en totalidad con la documentacion requeria para realizar las funciones y obligaciones contraidas en el transporte, para el programa ampliado de inmunizaciones (PAI)	producto en fisico y en magnetico
6	Deberá disponer de los documentos completos y en regla (certificado médico para conducir, licencia, documentos de propiedad de la moto, certificado de gases, SOAT,etc)	Se cumple con la documentacion del vehiculo y del propietario de acuerdo a la normatividad vigente del codigo nacional de transito y transporte Ley 769 de 2007, establece en el articulo 34	producto en fisico y en magnetico
7	Deberá contar con los implementos de seguridad y protección como casco y chaleco reflectivo (para él y el acompañante), rodilleras y canilleras, de acuerdo a la norma.	Al momento de realizar las actividades diarias se cuenta con los elemntos de proteccion personal (EPP) para el equipo de trabajo teniendo cuenta la normatividad vigente resolucion 1737 de 2004 - NTC 4533	producto en fisico y en magnetico
8	El contratista es responsable del mantenimiento de la moto y el combustible de la misma	El propietario o trabajador se compromete y es responsable del mantenimiento del vehiculo como los son combustible y demas gastos que requiera la motocicleta	producto en fisico y en magnetico
9	Informar las dificultades que se presenten en el transporte y en general en el desarrollo de las actividades diarias.	Se entrega la información en caso de presentar alguna dificultad en el transcurso de la jornada o con el desarrollo de las actividad diarias con el jefe inmediato	producto en fisico y en magnetico
10	Asistir a las reuniones programadas para el equipo del Programa ampliado de inmunización por la coordinadora del mismo. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato	Cumplir y asistir a las actividades programadas por la coordinacion del programa ampliado de inmunizaciones (PAI), siendo parte integral del presente contrato	producto en fisico y en magnetico

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

Jose Castiblanco
Firma del Contratista

C.C. 1.022.417.371 de BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	DIANA CAROLINA BELTRAN
CARGO:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO 3
FIRMA	Diana Beltran

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	LUZ ADRIANA CASTAÑEDA
CARGO:	REFERENTE DE GESTION PROGRAMAS Y ACCIONES
FIRMA	

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1022417371		CASTIBLANCO CEPEDA JOSE LUIS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 84 sur N 96 20 bogota	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8044546	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-04	2021-04	20243612	9419280923	I	2021/05/19	2021/05/05	BANCO DE OCCIDENTE	0	$259,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$145,400	$0	$0	$145,400
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$145,400	$0	$0	$145,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$113,600	$0	$0	$113,600
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$113,600	$0	$0	$113,600
TOTAL				1	$259,000	$0	$0	$259,000

Jose Castiblanco

2021/05/05 09:36 AM

EMPRESA: EFECTIVO LTDA.
NIT.830.131.993 1
Calle 96 No. 12-55 Bogota

PAGO DE FACTURAS

1506 PLANILLA AS APORTES EN LINEA

CORRESPONSAL BANCO DE OCCIDENTE

REFERENCIA 9419280923

NUMERO DE APROBACION 243612

Fecha: 04/05/2021 17:34:01
OV: 264730
NUM. TRANSACCION 1035450290
Valor $259.000,00

CORRESPONSAL BANCARIO PARA BANCO DE OCCIDENTE. LA IMPRESION DE ESTE TIQUETE IMPLICA SU ACEPTACION, VERIFIQUE LA INFORMACION, ESTE ES EL UNICO RECIBO OFICIAL DE PAGO. LINEA NACIONAL: 018000512825. ANTES DE RETIRARSE DEL PUNTO DE ATENCION VERIFIQUE REFERENCIA DE PAGO, CONVENIO, LA FECHA, HORA, TIPO Y MONTO DEL SOPORTE DE PAGO REALIZADO. SI NO ESTA DE ACUERDO CON LA INFORMACION ALLI INCORPORADA O LA MISMA NO CORRESPONDE A LA INFORMACION DEL PAGO REALIZADO, INFORMELE DE MANERA INMEDIATA AL CAJERO LA CORRECCION REQUERIDA PARA HACER LAS CORRECCIONES A QUE HAYA LUGAR. DE LO CONTRARIO, NI EFECTY NI BANCO DE OCCIDENTE S.A. ASUMIRAN LA RESPONSABILIDAD SOBRE RECLAMOS POSTERIORES.

PS Recaudador: 909279 RUBI 11

Cajero: ANAMARO

Recibi Conforme:_____

C.C._____

Jose Castiblanco