Cuenta de cobro 005 - 2021

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

Nit. 900.959.051-7

DEBE A:

DANIELA ALEJANDRA MONCADA PROAÑOS
C.C.1001284056 de BOGOTA

LA SUMA DE:
DOSCIENTOS DIECIOCHO MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y CUATRO PESOS
($ $ 218.394)

Por concepto de:

- Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No PS 6965 de 2020 correspondiente del 1 al 3 de mayo del 2021

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS DE APOYO DE ACUERDO A SU PERFIL ACADÉMICO PARA LA EJECUCION DE ACTIVIDADES DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE CON DISPONIBILIDAD EN CUMPLIMIENTO A LA MISION Y VISION DE LA MISMA

Cordialmente,

DANIELA ALEJANDRA MONCADA PROAÑOS
C.C. 1001284056 de bogota
Teléfono: 3125184278 Dirección: Kr 18m 70ª 87 sur
No Cuenta 0550488419313926 ahorros Davivienda
Fecha: 31/MAYO/2021

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-IA-FT-014
VERSIÓN: 02
FECHA: 2020-05-04

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 6965 2020	**C.D.P. No.:**	3758	**Proceso al que pertenece:**	PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PSPIC
				Unidad a la que pertenece:	SALUD PUBLICA - ENTORNO HOGAR - INSTITUCIONAL
Nombre del Contratista:	DANIELA ALEJANDRA MONCADA PROAÑOS			**C.C.**	1.001.284.056 **de:** BOGOTA
Fecha Inicio:	2020-11-23	**Fecha Terminación incial:**	2020-11-30	**Valor Mensual:**	$ 2.232.442 **Valor a cobrar:** $ 218.394

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 1.098.400	3952	2020-12-01	2020-12-15
2	$ 3.295.440	4112	2020-12-16	2021-01-31
3	$ 2.196.960	218	2021-02-01	2021-02-28
4	$ 2.197.015	549	2021-03-01	2021-03-31
5	$ 2.762.885	991	2021-04-01	2021-05-03
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	NOVIEMBRE	$ 585.060		
2	DICIEMBRE	$ 2.196.960	$ 72.600	8347283129
3	ENERO	$ 2.196.960	$ 272.100	47793619
4	FEBRERO	$ 2.197.015	$ 281.200	48437115
5		$ 955.224		
6	MARZO	$ 1.241.791	$ 281.200	48431998
7		$ 2.232.442		
8	ABRIL	$ 20.072	$ 281.200	49912785
9	MAYO	$ 218.394	$ 281.200	984465864
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 1.318.176	$ 12.868.876	$ 11.843.918	$ 1.024.958

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS DE APOYO DE ACUERDO A SU PERFIL ACADEMICO PARA LA EJECUCION DE ACTIVIDADES DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE CON DISPONIBILIDAD EN CUMPLIMIENTO A LA MISION Y VISION DE LA MISMA

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2021-05-01 **Hasta:** 2021-05-03

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO	
		ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1.PRESTAR SUS SERVICIOS PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES EN EL MARCO DEL CONTRATO SUSCRITO CON FFD Y LA ESE	Desarrollar acciones en el espacio vivienda de acuerdo a los lineamientos establecidos de la secretaria de salud y cumplir con los direccionamientos establecidos desde el supervisor del contrato.	Lectura y Apropiacion de Lineamientos, acta entregada a lider de espacio.
2	2.APOYAR LA PRESTACION DE SERVICIOS EN EL PIC, PRESTANDO LA INFORMACION Y/O SOPORTES QUE SOLICITEN Y QUE CORRESPONDE AL OBJETO Y/O ACTIVIDADES CONTRACTUALES Y DE ACUERDO A LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS CONTENIDOS EN EL CONTRATO SUSCRITO CON EL FONDO FINANCIERO DISTRITAL	Registro de ficha de notificacion 346 para las pruebas realizadas en poblacion identificada.	Formatos diligenciados para las muestras realizadas
3	3.PRESENTAR MENSUALMENTE EL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR CONTENIDAS EN EL FORMATO DE NECESIDAD DE PERSONAL QUE HACE PARTE INTEGRAL DEL PRESENTE CONTRATO	Diligenciamiento del cronograma mensualmente en el que se consignan las actividades programadas durante el mes siguiente acordes a las acciones establecidas en el lineamineto	Registro de Cronogramas en base de gestion del riesgo
4	4. APOYAR LAS ACTIVIDADES INHERENTES AL OBJETO DEL CONTRATO PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE CALIDAD Y AQUELLAS DEFINIDAS DENTRO DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO DE LOS ESTÁNDARES DE HABILITACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	Muestreo Covid 19	Entrega de preauditoria fisico
5	5. REALIZAR VISITAS EN CAMPO DE ACUERDO A LOS ANEXOS OPERATIVOS DE CADA ESPACIO DE VIDA O COMPONENTE TRANSVERSAL	Muestreo Covid 19	Pruebas realizadas en poblaciones identificadas

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. 1.001.284.056 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	DEISY KATHERINE HERRERA HERNANDEZ CCC 1020769821
CARGO:	PROFESIONAL DE APOYO DE LA GESTION OPERATIVA ENTORNO HOGAR
FIRMA	

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS CC 52933672
CARGO:	REFERENTE ENTORNO HOGAR E INSTITUCIONAL
FIRMA	

compensar | miplanilla.com

REPORTE RESUMEN DE PAGO

Información básica de la planilla

Empresa:	DANIELA ALEJANDRA MONCADA PROAÑOS	**NIT:**	1001284056
Tipo Planilla:	I	**Periodo liquidación Pensiones:**	abril 2021
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	abril 2021
Número de Radicación:	50526144	**Total a pagar:**	$281,200
Fecha de vencimiento:	09/05/2021	**Total de empleados:**	1
Fecha de Pago:	10/05/2021	**Número de Administradoras:**	3

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	**Nit recaudo:**	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	**Medio de Pago:**	Pago Electronico por PSE
Banco:	BANCO DE BOGOTA	**Número Autorización:**	984465864
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Código	NIT	Administradoras	Num. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado
14-11	890903790	ARL SURA	1		$0	$22,200
230201	800229739	Proteccion (ING + Proteccion)	1		$0	$145,400
EPS008	860066942	Compensar EPS	1		$0	$113,600
						$281,200

*Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.

Le informamos que el pago de la planilla No. 50526144, fue posterior a la fecha límite establecida en el Decreto 1670 de 2007. Sin embargo, para las administradoras el recibir el aporte no implica que esté aceptando o se esté allanando a la mora, ya que la Ley establece la obligatoriedad de recibirlo, al igual que para los empleadores y aportantes la obligación de cotizar oportunamente, lo que permite el reconocimiento de las prestaciones económicas (Incapacidades, Licencias de Maternidad y Paternidad), evitando además, el recobro al empleador o trabajador independiente de los servicios prestados durante el periodo de pago extemporáneo.

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

Banco de Bogotá

Compras y Pagos Virtuales

Datos de Confirmación de su compra o pago realizado

"Su transacción ha sido exitosa."
Esta transacción será sujeta a verificación

Este pago se realizó en: 00:01:39 seg

Número de Autorización:	624202
Pagado Desde:	Cuenta de ahorros ******9495
Valor Pagado:	$281,200.00
Pagado a:	COMPENSAR-OI
Nit del Comercio:	9998600669427
Número de Factura:	50526144
Número Único de Compra (CUS):	984465864
Fecha y Hora de Pago:	domingo, 09 de mayo de 2021, 5:46 PM
Dirección IP:	186.102.25.196

PS 6965 2020 DANIELA ALEJANDRA MONCADA PROAÑOS – CARGUE DE SOPORTES AL SECOP

