Cuenta de cobro 005- 2021

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

Nit. 900.959.051-7

DEBE A:

WILMER QUINTERO GARCIA
C.C. 1007186670 de COLOMBIA HUILA

LA SUMA DE:

DOCIENTOS DIECIOCHO MIL TRECIENTOS NOVEINTA Y CUATRO PESOS

($ 218,394)

Por concepto de:

- Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No PS 6079 de 2020 correspondiente al mes de mayo de 2021 del 01 al 03 mayo

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS DE ACUERDO A SU PERFIL ACADÉMICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES, DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS CONFORMES A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. CON DISPONIBILIDAD EN CUMPLIMIENTO DE LA MISIÓN Y LA VISIÓN DE LA MISMA

Cordialmente,

Wilmer Quintero

WILMER QUINTERO GARCIA
C.C. 1007186670
Teléfono: 3172940106 Dirección: cra 3 15 75 sur
No Cuenta 230033151051 ahorrosbancopopular

FECHA: 31 de mayo del 2021

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 6079 2020	**C.D.P. No.:**	3038	**Proceso al que pertenece:**	PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC
				Unidad a la que pertenece:	SALUD PUBLICA - HOGAR E INSTITUCIONAL

Nombre del Contratista: WILMER QUINTERO GARCIA **C.C.** 1.007.186.670 **de:** HUILA

Fecha Inicio: 2020-09-24 **Fecha Terminación incial:** 2020-10-31 **Valor Mensual:** $ 2.232.442 **Valor a cobrar:** $ 218.394

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 1.480.597	3615	2020-11-01	2020-11-20
2	$ 728.358	3782	2020-11-21	2020-11-30
3	$ 1.098.400	3952	2020-12-01	2020-12-15
4	$ 3.331.343	4112	2020-12-16	2021-01-31
5	$ 2.197.015	218	2021-02-01	2020-02-28
6	$ 2.197.015	549	2021-03-01	2021-03-31
7	$ 2.762.885	991	2021-04-01	2021-05-03
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	SEPTIEMBRE	$ 513.420	$ 0	ANEXO CERTIFICADOS
2	OCTUBRE	$ 2.197.015	$ 63.600	1033116322
3	NOBIEMBRE	$ 2.197.015	$ 272.100	1033123930
4	DICIEMBRE	$ 2.197.015	$ 272.100	1033849823
5	ENERO	$ 2.197.015	$ 272.100	1034241984
6	FEBRERO	$ 2.197.015	$ 281.500	1035665383
7	MARZO	$ 883.582	$ 281.500	1035694094
8	MARZO	$ 1.313.433	$ 281.500	1035694094
9		$ 21.230	$ 281.500	1036310842
10	ABRIL	$ 2.232.442	$ 281.500	1036310842
11	MAYO	$ 218.394	$ 281.500	1036879628
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 2.856.048	$ 16.651.661	$ 16.167.576	$ 484.085

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS DE ACUERDO A SU PERFIL ACADEMICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES, DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS CONFORMES A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. CON DISPONIBILIDAD EN CUMPLIMIENTO DE LA MISIÓN Y LA VISIÓN 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	PRODUTO O EVIDENCIA
1	Prestar sus servicios para el desorrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y ESE.	Desarrollar acciones en el espacio - entorno hogar de acuerdo a los liniamientos establecidos de la secretaria de salud y cumplir con los direccionamientos respectivos desde el supervisor del contrato	cronograma de actividades preauditoria
2	Prestar sus servicios para el desorrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y ESE.	realizar registro de encuestas a usuarios para realizacion de prueba covid 19	Registro de encuesta a usuarios para realizacion de prueba covid19
3	3. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar contenidos en el formato de nececidad de personal que hace parte integral del presente contrato	Cronograma de actividades	Cronograma drive
4	4. Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los paneles de mejoramiento de los diferentes estándares de habilitación y acreditación de servicios de salud.	Apoyo a otras actividades que sean asignadas desde coordinación y apropiacion de lineamiento	drive reporte de cronograma y listado de asistencia
5	Realizar encuestas para toca de de prueba covid 19	se realiza entrega de listado, acta de encuesta	entrega de metas establecidas según programación

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

Wilmer Quintero Garcia.
Firma del Contratista

C.C. 1.007.186.670 de HUILA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	DEISY KATHERINE HERRERA HERNANDEZ CC1020769821
CARGO:	PROFESIONAL DE APOYO DE GESTION OPERATIVA ENTORNO
FIRMA	

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

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2021-05-11, 01:40:15 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1036879628

Periodo Cotización: abril de 2021 **Periodo Servicio:** abril de 2021 **Referencia pago (PIN):** 8836460440

PAGADO 11/05/2021

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	WILMER QUINTERO GARCIA		
Documento	CC1007186670	**Dirección**	CR 3 #15 - 75 SUR
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3172940106
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	SOACHA	**Departamento**	CUNDINAMARCA
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																			Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1007186670	WILMER QUINTERO GARCIA	59	00																0		30	30	30	0	(230201) PROTECCION (ING + PROTECCION)	$ 909.526	$ 145.600	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 909.526	$ 113.700	2.436	$ 909.526	$ 22.200	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 281.5

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	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
$ 909.526	$ 909.526	$ 909.526	$ 0	$ 145.600	$ 113.700	$ 22.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 281.500	$ 0	$ 281.500

Lineas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de la SIMPLE

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.



PAGO DE FACTURAS

PILA BP

NUM APROBACION:23109068
NUM REFERENCIA:00000883646044O
NUM IDENTIFICACION:1007186670
PERIODO: 2021-04
FECHA EFECTIVA:2021-05-11
VALOR: 281.500
MAR11 MAY 21 10:22:21
131-07086104-221
781792-236102-644624-854260-32
CONSERVE ESTE TIQUETE. ES EL UNICO RECIBO OFICIAL DE PAGO.EN CASO DE RECLAMO LLAMAR A:
A SU OPERADOR.
AGT 610486 CLR 19901
011643333-327971