Cuenta de cobro 09 2021

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE
E.S.E.
Nit. 900.959.051-7

DEBE A:
Sandra Cortes Riaño
C.C. 51908911 de Bogotá

LA SUMA DE:
Un millón seiscientos setenta y cuatro mil doscientos dieciséis pesos

($1.674.216)

Por concepto de:

- Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No PS 5620 de 2021 correspondiente del 01 al 30 de septiembre de 2021

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

Cordialmente,

Sandra Cortes Riaño
NOMBRE CONTRATISTA
C.C. 51908911
Teléfono: 3134875982 Dirección: kr 27b 5ª15
No Cuenta: 074131335 ahorros BBVA
Fecha: 30/Septiembre/2021

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS-5620-2021	C.D.P. No.:	1156	Proceso al que pertenece:	PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC
				Unidad a la que pertenece:	SALUD PUBLICA - ESPACIO EPIDEMIOLOGIA
Nombre del Contratista:	SANDRA CORTES RIANO			C.C.	51.908.911 de BOGOTA
Fecha Inicio:	2021-05-04	Fecha Terminación incial:	2021-06-03	Valor Mensual:	$ 1.674.216
Valor a cobrar:	$ 1.674.216				

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 1.535.434	1535	2021-06-04	2021-06-30
2	$ 1.683.315	2111	2021-07-01	2021-07-31
3	$ 1.674.216	2401	2021-08-01	2021-08-31
4	$ 3.348.432	2670	2021-09-01	2021-10-31
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDA	NÚMERO DE PLANILLA
1	MAYO	$ 1.510.434	$ 281.200	5161482067
2	JUNIO	$ 1.674.216	$ 281.200	5161563385
3	JULIO	$ 1.674.216	$ 281.200	5161653554
4	AGOSTO	$ 1.674.216	$ 281.200	5161760431
5	SEPTIEMBRE	$ 1.674.216	$ 281.200	5161878920
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
24				

Resumen de contrato	VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
	$ 1.674.216	$ 9.915.613	$ 8.207.298	$ 1.708.315

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

OBJETO DEL CONTRATO

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

Relación de actividades para el periodo: Desde: 2021-09-01 Hasta: 2021-09-30

	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 desarrollo de las actividades del plan de intervenciones colectivas en el distrito capital	Recepción, digitación y verificación de formatos sivigila-covid 19	Equipos computo secretaria de salud; aplicativo sistema de información del laboratorio salud pública (SILASP)
2	Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.	Recepción, digitación y verificación de formatos sivigila-covid 19	Equipos computo secretaria de salud; aplicativo sistema de información del laboratorio salud pública (SILASP)
3	Apoyar la prestacion de servicios en el plan de intervenciones colectivas, presentando la informacion y/o soportes que soliciten conforme a los anexos y lineamientos tecnicos que hagan parte de la relacion contractual entre la subred con el fondo financiero -SDS	Recepción, digitación y verificación de formatos sivigila-covid 19	Equipos computo secretaria de salud; aplicativo sistema de información del laboratorio salud pública (SILASP)
4	Apoyar las actividades inherentes del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estándares de habilitación y acreditación de servicios de salud.	Recepción, digitación y verificación de formatos sivigila-covid 19	Equipos computo secretaria de salud; aplicativo sistema de información del laboratorio salud pública (SILASP)
5	Realizar apropiacion conceptual desde su mperfil profesional y conforme a los anexos y lineamientos tecnicos que hagan parte de la relacion contractual entre la sub red con el fondo financiero SDS.	Recepción, digitación y verificación de formatos sivigila-covid 19	Equipos computo secretaria de salud; aplicativo sistema de información del laboratorio salud pública (SILASP)
6	Digitar la información suministrada por los equipos territoriales y de las diferentes intervenciones de salud pública cumpliendo con la calidad de datos (integridad, oportunidad, consistencias, exactitud.	Recepción, digitación y verificación de formatos sivigila-covid 19	Equipos computo secretaria de salud; aplicativo sistema de información del laboratorio salud pública (SILASP)
7	Realizar revisión de las fichas, formatos, documentos, bases o informes generados por las acciones o intervenciones de los equipos territoriales, garantizando la calidad del registro y conforme a los anexos y lineamientos tecnicos que hagan parte de la relación contraactual entre la subred con el Fondo Financiero-SDS.	Recepción, digitación y verificación de formatos sivigila-covid 19	Equipos computo secretaria de salud; aplicativo sistema de información del laboratorio salud pública (SILASP)
8	Responder oportunamente por la información requeridos por las diferentes intervenciones de salud pública y la SDS.	Recepción, digitación y verificación de formatos sivigila-covid 19	Equipos computo secretaria de salud; aplicativo sistema de información del laboratorio salud pública (SILASP)

9	Responder por la calidad, oportunidad y cumplimiento de las actividades asignadas	Recepción, digitación y verificación de formatos sivigila-covid 19	Equipos computo secretaria de salud; aplicativo sistema de información del laboratorio salud pública (SILASP)
10	Participar en las reuniones y eventos a los cuales sea asignado por la Subred y presentar los informes que le sean requeridos	Recepción, digitación y verificación de formatos sivigila-covid 19	Equipos computo secretaria de salud; aplicativo sistema de información del laboratorio salud pública (SILASP)
11	Responder por el achivo de la documentación generada, en el cumplimiento de sus acciones, de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental	Recepción, digitación y verificación de formatos sivigila-covid 19	Equipos computo secretaria de salud; aplicativo sistema de información del laboratorio salud pública (SILASP)
12	Realizar el listamiento y presentación de los soportes para las auditorías externas que se generen durante y después de la ejecución de las actividades del Plan de Intervenciones Colectivas.	Recepción, digitación y verificación de formatos sivigila-covid 19	Equipos computo secretaria de salud; aplicativo sistema de información del laboratorio salud pública (SILASP)
13	Realizar las demás obligaciones asignadas por el supervisor del contrato	Recepción, digitación y verificación de formatos sivigila-covid 19	Equipos computo secretaria de salud; aplicativo sistema de información del laboratorio salud pública (SILASP)
14	Las actividades podrán ser desarrolladas en cualquiera de los Espacios y/o Procesos Transversales de acuerdo a los lineamientos del Contrato PSPIC vigente y necesidades de los servicios de la Subred Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.	Recepción, digitación y verificación de formatos sivigila-covid 19	Equipos computo secretaria de salud; aplicativo sistema de información del laboratorio salud pública (SILASP)

Observaciones:	Firma del Contratista			
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	C.C.	51.908.911	de	BOGOTA

FIRMA DEL LIDER O PROFESIONAL QUE VERIFICA LAS ACTIVIDADES	
NOMBRE:	LEIDY VIVIANA RODRIGUEZ CC:52975862
CARGO:	LIDER OPERATIVA
FIRMA	
VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	MARIA CRISTINA DUARTE GARZON CC:35376691
CARGO:	COORDINADORA VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA
FIRMA	

SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACION:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACION:	51908911
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			SANDRA CORTES RIANO
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCION:	CRA 27 B # 5-A 15	TELEFONO:	4091592
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACION:	UNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		5161878920	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES agosto AÑO	2021	PERIODO COTIZACIÓN SALUD	MES agosto AÑO	2021
DIAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2021-09-01	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9996517546

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CODIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 145.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 145.400	$ 0	$ 145.400
SUBTOTALES:										**$ 145.400**	**$ 0**	**$ 145.400**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 113.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 113.600	$ 0	$ 0	$ 113.600
SUBTOTALES:													**$ 113.600**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 113.600**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-7	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 22.200	$ 22.200	$ 0	$ 0	$ 22.200
SUBTOTALES:									**$ 22.200**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 22.200**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																										PENSIÓN								SALUD						ARP						CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 51908911	CORTES RIANO SANDRA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE		$ 908.526				NO																	230301-PORVENIR	30	$ 908.526	$ 145.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 145.400	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 908.526	$ 113.600	$ 0	$ 113.600	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	30	$ 908.526	51908911	$ 22.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 281.200**

[illegible]
NIT 830.131.993-1
Calle 96 No. 12-55 Bogota

ORDEN DE SERVICIO

No OS: 9099421825 DV: 389652

Cajero: SIPAMORO

Cliente beneficiario:
110263 PILA RECAUDO

Fecha: 01/09/2021 15:29:56

PS Recaudador:
908993 SANTA ISABEL III

Cantidad cupones: 1

Identificacion: 51908911

Nombre:	SANDRA
Apellido 1:	CORTES
Apellido 2:	NO SU M
TIPO DOCUMENTO:	CEDULA DE CIUDADANIA
TELEFONO:	1111111111
Codigo Planilla:	516187692O
Periodo Pago:	202170B
Valor Comision:	0
Valor Iva Comision:	0
Referencia	Valor
51908911	$281.200,00

Valor recibido: $281.200,00
Forma de pago: EFECTIVO

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.
Con la solicitud y aceptacion de mi parte, de la prestacion de este servicio, entiendase que manifiesto verbalmente mi autorizacion para el tratamiento de los datos personales que voluntariamente he entregado a Efectivo Ltda., Estos datos pueden ser utilizados unica y exclusivamente para la prestacion del servicio convenido.
Linea de servicio al cliente: (1)

[illegible]co

Sandra Cortes R

PS_5620_2021_AGOSTO_SANDRA_CORTES_RIAÑO

