PS 5339 - 2021

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. | 5339 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: CARLOS GIOVANNY MORENO MARTINEZ

C.C. 1.016.061.558 de: BOGOTA

Fecha inicio: 2021-05-04 Fecha Terminación incial: 2021-06-03

Valor Mensual: $ 2.194.936 Valor a cobrar: $ 2.194.936

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | $ 1.994.214 | 1535 | 6/04/2021 | 30/6/2021 |
| 2 | $ 2.206.865 | 2111 | 7/01/2021 | 31/7/2021 |
| 3 | $ 2.194.936 | 2401 | 8/01/2021 | 31/8/2021 |
| 4 | $ 4.389.872 | 2670 | 9/01/2021 | 31/10/2021 |
| 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 | 9419165779 |
| 2 | JUNIO | $ 2.194.936 | $ 259.000 | 9420358025 |
| 3 | JULIO | $ 2.194.936 | $ 259.000 | 9421538241 |
| 4 | AGOSTO | $ 2.194.936 | $ 259.000 | 9422709381 |
| 5 | SEPTIEMBRE | $ 2.194.936 | $ 259.000 | 9423923736 |
| 6 | OCTUBRE | $ 2.194.936 | $ 259.000 | 9425116636 |
| 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 | $ 12.980.823 | $ 12.954.894 | $ 25.929 |

## 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:** 2021-10-01 **Hasta:** 2021-10-31

| | 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 vacunacion | 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 desaroolar 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 nomatividad vigente del codigo nacional de transito y transporte Ley 769 de 2007, establece en el artículo 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 informacion en caso de presentar alguna dificultad en el transcurso de la jornada o con el desarrollo de las actividad diarias con el jefe inmedito | 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

Firma del Contratista

C.C. 1.016.061.558 de BOGOTA

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS | |
|---|---|
| NOMBRE: | LUZ CONSUELO PINEDA DUEÑEZ |
| CARGO: | PROFESIONAL ESPECIALIZADO 3 |
| FIRMA | Consuelo Pineda |

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

PS 5339/21

**Cuenta de cobro 006- 2021**

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

**Nit. 900.959.051-7**

**DEBE A:**

Carlos Giovanny Moreno Martínez
C.C. 1.016.061.558 de BOGOTA

**LA SUMA DE:**
Dos millones ciento noventa y cuatro mil novecientos treinta y seis pesos **($2.194.936)**

Por concepto de:

- Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No PS 5339 /2021 correspondiente del 1 al 31 del mes de Octubre de 2021.

OBJETO: 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.

**Cordialmente,**

Carlos Giovanny Moreno Martínez
C.C. 1016061558
Teléfono: 3118922954 Dirección: cll 22 jbis #121-45
No Cuenta 001562032804 del banco Colpatria

Fecha: / 31 de octubre /2021

aportes en línea

# Resumen General de Pago

PS 3339-2021

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1016061558 | | CARLOS GIOVANNY MORENO MARTINEZ | INDEPENDIENTE | Principal | CLL 22 J BIS # 121 45 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 4220042 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

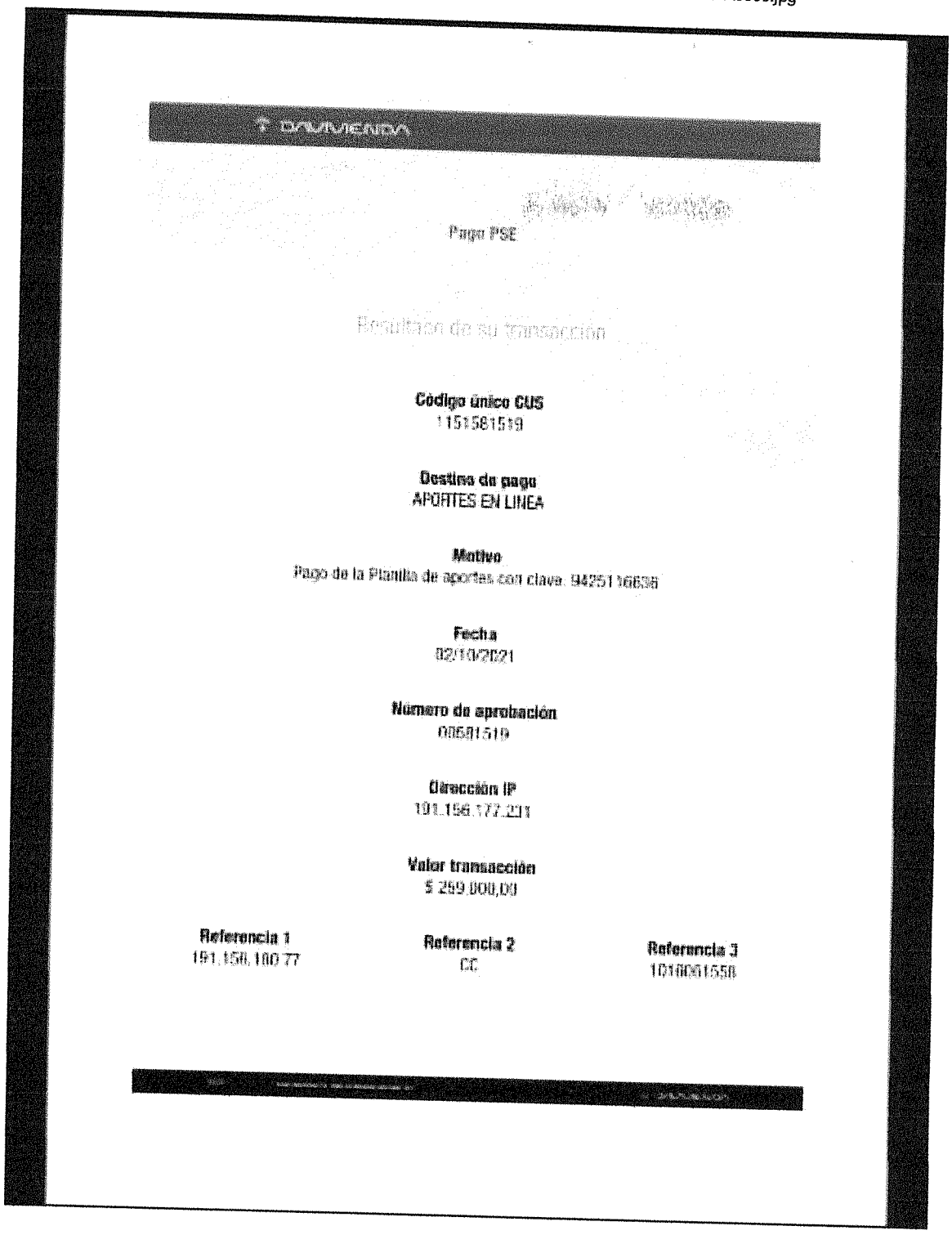
| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2021-09 | 2021-09 | 1151581519 | 9425116636 | I | 2021/10/14 | 2021/10/04 | BANCO DAVIVIENDA | 0 | $259,000 |

**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 |
| PROTECCION | 230201 | 800,229,739 | 0 | 1 | $145,400 | $0 | $0 | $145,400 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $113,600 | $0 | $0 | $113,600 |
| SALUD TOTAL | EPS002 | 800,130,907 | 4 | 1 | $113,600 | $0 | $0 | $113,600 |
| TOTAL | | | | 1 | $259,000 | $0 | $0 | $259,000 |



2021/10/02 03:54 PM



DAVIVIENDA

Pago PSE

Resultado de su transacción

**Código único CUS**
1151581519

**Destino de pago**
APORTES EN LINEA

**Motivo**
Pago de la Planilla de aportes con clave: 94251166838

**Fecha**
02/10/2021

**Número de aprobación**
00581519

**Dirección IP**
191.156.177.231

**Valor transacción**
$ 259.000,00

**Referencia 1**
191.156.100.77

**Referencia 2**
CC

**Referencia 3**
1016061558

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
**7 Ejecución del Contrato**
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

## Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

## Plan de Pagos

**¿Se requieren emisiones de códigos de autorización?** Sí No

| Id de pago | Número de factura | Fecha de emisión | Fecha de recepción | Valor total de la factura | Estado |
|---|---|---|---|---|---|

*No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados*

Crear

## Documentos de ejecución del contrato

| | Descripción | Nombre del archivo | Cargado por | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | PS 5339 2021 MAYO 4-31 2021.pdf | PS 5339 2021 MAYO 4-31 2021.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 5339 2021 JUNIO 2021.pdf | PS 5339 2021 JUNIO 2021.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 5339 2021 JULIO 2021 (1).pdf | PS 5339 2021 JULIO 2021 (1).pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 5339 2021 AGOSTO 2021.pdf | PS 5339 2021 AGOSTO 2021.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 5339 2021 SEPTIEMBRE 2021.pdf | PS 5339 2021 SEPTIEMBRE 2021.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >