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: 01
FECHA: 2017-07-07

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS-4291-2018	C.D.P. No.:	2423	Proceso al que pertenece:	PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC
				Unidad a la que pertenece:	SALUD PUBLICA - PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES
Nombre del Contratista:	INGRID JULIETH MOTTA GUARIN			C.C.	1.010.205.504 de: BOGOTA
Fecha Inicio:	2018-07-04	Fecha Terminación Inicial:	2018-08-03	Valor Mensual:	$ 1.500.000 Valor a cobrar: $ 1.350.000

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				
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	JULIO	$ 1.350.000	$ 241.800	84808211999
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
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
	$ 1.500.000	$ 1.500.000	$ 1.350.000	$ 150.000

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA DESARROLLANDO 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 periodo: Desde: 2018-07-04 Hasta: 2018-07-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	1. Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE.	identifico la poblacion objeto del PAI, primordialmente menores de 5 años, 60 años y gestantes, niñas de 9 a 20 años desde 4to grado de primaria 11° bachillerato, al igual que las niñas de 9 a 17 años desescolarizadas.
2	2.Apoyar la prestación de servicios en el PIC, presentando la información y/o soportes que soliciten y que corresponde al objeto y/o actividades contractuales y de acuerdo a losanexos y lineamientos contenidos en el Contrato suscrito con el Fondo Financiero Distrita	Se entrega la informacion de vacunados diariamente a la coordinacion extramural para ser digitada diariamente y ser informado las coberturas de la estrategia en todo momento.
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.	Brindo la educacion sobre los cuidados y reacciones pos vacunales,al padre o cuidador despues de prestar el servicio de vacunacion de acuerdo al esquema según la edad. Cumplo con las actividades programadas por el proceso puntualidad en el inicio de actividades segun cronograma y entrega de actividades pautadas
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

Observaciones:

Se anexa certificacion de pago a Salud, pension y ARL.
En caso de tener contrato nuevo se debe anexar también la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro

Ingrid Julieth motta
Firma del Contratista

C.C. 1.010.205.504 de BOGOTA

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 1010205504		MOTTA GUARIN INGRID JULIETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 68 A No. 18U -54 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7900383	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-07	2018-07	73358865	8480821199	I	2018/07/04	2018/07/13	BANCO DE OCCIDENTE	9	$243,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$0	$0			$781,242	$19,100		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$0	$0			$781,242	$19,100		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$0	$0			$781,242	$19,100		$0	$0
1	CC 1010205504	MOTTA INGRID	230201	30	$781,242	$125,000	EPS008	30	$781,242	$97,700		0	$0	$0	14-7	30	$781,242	$19,100	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$0	$0			$781,242	$19,100		$0	$0

PAGADO

Ingrid Motta
1010205504

4201

2018/07/13 09:54 AM

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 1010205504		MOTTA GUARIN INGRID JULIETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 68 A No. 18U -54 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7900383	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-07	2018-07	73358865	8480821199	I	2018/07/04	2018/07/13	BANCO DE OCCIDENTE	9	$243,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$125,000	$900	$0	$125,900
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$125,000	$900	$0	$125,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$19,100	$200	$0	$19,300
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$19,100	$200	$0	$19,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$97,700	$700	$0	$98,400
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$97,700	$700	$0	$98,400
TOTAL				1	$241,800	$1,800	$0	$243,600

PAGADO

Julieth motta
1010205504

4291

2018/07/13 09:54 AM

4291

JUL 12 2018 18:54:24 REMICT 4.22
CORRESPONSAL
COMUNICACIO BTA JUAN P
CLL 67A BIS 18P-49 SUR

BANCO DE BOGOTA

C. UNICO: 0013795893 TER: JADZZ141
V. ELECTRON Cc
**3006 RECIBO: 044600 RRN: 093269
RECAUDO APRO: 328667

SERVICIO: 1506
FACTURA: 0000000000000008480821199
** PAGO FACTURA **
TRANSACCION EXITOSA

RECAUDO $ 243.600

FECHA PLANILLA: 2018/07
VALOR PLANILLA: $ 243.600
VALOR COMISION: $ 0
VALOR IVA: $ 0
PAGO APLICADO EN MM/DD: 07/13
*** CLIENTE ***
MAYOR INFORMACION EN LA LINEA
NACIONAL: 01 8000518877

JUL 12 2018 - 18:47:13
CORRESPONSAL
COMUNICACIO BTA JUAN P
CLL 67A BIS 18P-49 SUR
BANCO DE BOGOTA

SERVICIO: 1506
FACTURA: 0000000000000008480821199
VALOR: $ 243.600

TOTAL: $ 243.600



4291

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: 01
FECHA: 2017-07-07

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS -4291- 2018	C.D.P. No.:	2423	Proceso al que pertenece:	PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC
				Unidad a la que pertenece:	SALUD PUBLICA - PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES

Nombre del Contratista:	INGRID JULIETH MOTTA GUARIN	C.C.	1.010.205.504	de:	BOGOTA
Fecha Inicio:	2018-07-04	Fecha Terminación inicial:	2018-08-03	Valor Mensual:	$ 1.500.000
Valor a cobrar:	$ 1.500.000				

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 1.500.000	2667	2018-08-04	2018-09-03
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

N° CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	JULIO	$ 1.350.000	$ 241.800	8480821199
2	AGOSTO	$ 1.500.000	$ 241.800	8481851297
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
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
$ 1.500.000	$ 3.000.000	$ 2.850.000	$ 150.000

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA DESARROLLANDO ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Relación de actividades para el periodo: Desde: 2018-08-01 Hasta: 2018-08-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	1. Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE.	Identifico la poblacion objeto del PAI, primordialmente menores de 5 años,60 años y gestantes, niñas de 9 a 20 años desde 4to grado de primaria 11 bachillerato, al igual que las niñas de 9 a 17 años desescolarizadas.
2	2. Apoya la prestación de servicios en el PIC presentando al información y/o soportes que soliciten y que corresponden al objeto y/o actividades contractuales y de acuerdo a los anexos y lineamientos contenidos en el Contrato suscrito con el Fondo Financiero Distrital.	Se entrega la informacion de vacunados diariamente a la coordinacion extramural para ser digitada diariamente y ser informado las coberturas de la estrategia en todo momento
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.	Brindo la educacion sobre los cuidados y reacciones pos vacunales, al padre o cuidador despues de prestar el servicio de vacunacion de acuerdo al esquema según la edad
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

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

Julieth Motta
Firma del Contratista

C.C. 1.010.205.504 de BOGOTA

P. Salgos

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

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 1010205504		MOTTA GUARIN INGRID JULIETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 68 A No. 18U -54 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7900383	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-08	2018-08	05426229	8481851297	I	2018/08/02	2018/08/13	BANCO DE OCCIDENTE	11	$244,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$0	$0			$781,242	$19,100		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$0	$0			$781,242	$19,100		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$0	$0			$781,242	$19,100		$0	$0
1	CC 1010205504	MOTTA INGRID	230201	30	$781,242	$125,000	EPS008	30	$781,242	$97,700		0	$0	$0	14-7	30	$781,242	$19,100	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$0	$0			$781,242	$19,100		$0	$0

PAGADO

Julieth Motta
1010205504



#4291

2018/08/13 04:42 PM

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 1010205504		MOTTA GUARIN INGRID JULIETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 68 A No. 18U -54 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7900383	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-08	2018-08	05426229	8481851297	I	2018/08/02	2018/08/13	BANCO DE OCCIDENTE	11	$244,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$125,000	$1,100	$0	$126,100
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$125,000	$1,100	$0	$126,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$19,100	$200	$0	$19,300
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$19,100	$200	$0	$19,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$97,700	$900	$0	$98,600
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$97,700	$900	$0	$98,600
TOTAL				**1**	**$241,800**	**$2,200**	**$0**	**$244,000**

PAGADO

Ingrid Motta
1010205504



#4241

2018/08/13 04:42 PM

#4291

PAGO DE FACTURAS

PILA BP

NUM APROBACION:05426229
NUM REFERENCIA:000000848165129 7
NUM IDENTIFICACION:1010205504
PERIODO: 2018-08
FECHA EFECTIVA:2018-08-13
VALOR: 244.000
LUN13 AGO 18 13:53:13
225-05047744-008
770911-451304-244628-597260-30
CONSERVE ESTE TIQUETE. ES EL
UNICO RECIBO OFICIAL DE PAGO.EN
CASO DE RECLAMO LLAMAR A:
A SU OPERADOR.
AGT 600153 CLR 11044282
04144031-338759

Wilson Motta
1010205504.



#2299

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: 01
FECHA: 2017-07-07

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: PS -4291-2018 **C.D.P. No.:** 2423

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

Unidad a la que perten: SALUD PUBLICA - PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES

Nombre del Contratista: INGRID JULIETH MOTTA GUARIN **C.C.** 1.010.205.504 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2018-07-04 **Fecha Terminación incial:** 2018-08-03 **Valor Mensual:** $ 1.550.000 **Valor a cobrar:** $ 1.550.000

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 1.500.000	2667	2018-08-04	2018-09-03
2	$ 6.205.000	2857	2018-09-04	2019-01-03
3			2019-01-04	2019-03-03
4	$ 3.100.000	8		
5				
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	NÚMERO DE PLANILLA
1	JULIO	$ 1.350.000	$ 241.800	8480821199
2	AGOSTO	$ 1.500.000	$ 241.800	8481851297
3	SEPTIEMBRE	$ 1.550.000	$ 241.800	8481851297
4	OCTUBRE	$ 1.550.000	$ 241.800	8483019041
5	NOVIEMBRE	$ 1.550.000	$ 241.800	8484096407
6	DICIEMBRE	$ 1.550.000	$ 241.800	8485297084
7	ENERO	$ 1.550.000	$ 241.800	8487424722
8				
9				
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
$ 1.500.000	$ 12.305.000	$ 10.600.000	$ 1.705.000

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

PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA DESARROLLANDO ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Relación de actividades para el pe **Desde:** 2019-01-01 **Hasta:** 2019-01-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	1. Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE.	Identifico la poblacion objeto del PAI, primordialmente menores de 5 años,60 años y gestantes, niñas de 9 a 20 años desde 4to grado de primaria 11 bachillerato, al igual que las niñas de 9 a 17 años desescolarizadas.
2	2. Apoya la prestación de servicios en el PIC presentando al información y/o soportes que soliciten y que corresponden al objeto y/o actividades contractuales y de acuerdo a los anexos y lineamientos contenidos en el Contrato suscrito con el Fondo Financiero Distrital.	Se entrega la informacion de vacunados diariamente a la coordinacion extramural para ser digitada diariamente y ser informado las coberturas de la estrategia en todo momento
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.	Realizar actividades programadas en el cronograma mensual y realizar las observaciones pertinentes frente actividades que se realizaron y que no estaban plasmadas dentro del cronograma mensual
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 diferentes estándares de habilitación y acreditación de servicios de salud.	desarrollar el proceso de vacunacion de acuerdo con las guias y manual tecnico administrativo
5	5. Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal.	Realizar tacticas de vacunacion casa casa , seguimientos , o concentraciones , a necesidad o según cronograma de actividades a realizar
6	6. Diligenciar de manera completa, adecuada, ordenada y legible todos los formatos requeridos en las diferentes intervenciones de acuerdo a los anexos operativos de cada	Realizar entrega oportuna y con calidad de los registros diarios de vacunacion teniendo en cuenta su obligacion especifica. Formatos externos (anexo 3) (anexo 3,1) (anexo 4) (anexo5) formatos internos (consentimiento informado de vacunacion , fichas de seguimiento, actas, formato lavado de equipos, preauditoria, cronogramas,
7		
8		
9		
10		

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

Julieth motta
Firma del Contratista

C.C. 1.010.205.504 **de** BOGOTA

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

Planilla

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1010205504		MOTTA GUARIN INGRID JULIETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 68 A No. 18U -54 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7900383	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-12	2018-12	63209220	8487424722	I	2019/01/03	2019/01/08	BANCO DE OCCIDENTE	5	$242,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$0	$0			$781,242	$19,100		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$0	$0			$781,242	$19,100		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$0	$0			$781,242	$19,100		$0	$0
1	CC 1010205504	MOTTA INGRID	230201	30	$781,242	$125,000	EPS008	30	$781,242	$97,700		0	$0	$0	14-7	30	$781,242	$19,100	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$0	$0			$781,242	$19,100		$0	$0

PAGADO



Planilla

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1010205504		MOTTA GUARIN INGRID JULIETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 68 A No. 18U -54 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7900383	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-12	2018-12	63209220	8487424722	I	2019/01/03	2019/01/08	BANCO DE OCCIDENTE	5	$242,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$125,000	$500	$0	$125,500
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$125,000	$500	$0	$125,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$19,100	$100	$0	$19,200
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$19,100	$100	$0	$19,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$97,700	$400	$0	$98,100
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$97,700	$400	$0	$98,100
TOTAL				**1**	**$241,800**	**$1,000**	**$0**	**$242,800**

PAGADO



Julieth motta Guarin

124

4291



PAGO DE FACTURAS

PILA BF

NUM APROBACION:63209220

NUM REFERENCIA:00000004874217:12

NUM IDENTIFICACION:1010205504

PERIODO: 2018-12

FECHA EFECTIVA:2019-01-05

VALOR: 242.800

SAB 5 ENE 19 .08:15:41

005-02105094-095

779249-316145-944621-242260-43

CONSERVE ESTE TIQUETE. ES EL UNICO RECIBO OFICIAL DE PAGO. EN CASO DE RECLAMO LLAMAR A: A SU OPERADOR.

AGT 10108 CLR 9547772

06148248-711082

4291

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: 01
FECHA: 2017-07-07

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS -4291- 2018	C.D.P. No.:	2423	Proceso al que pertenece:	PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC
				Unidad a la que pertenece:	SALUD PUBLICA - PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES

Nombre del Contratista:	INGRID JULIETH MOTTA GUARIN	C.C.	1.010.205.504	de:	BOGOTA
Fecha Inicio:	2018-07-04	Fecha Terminación Inicial:	2018-08-03	Valor Mensual:	$ 1.550.000
Valor a cobrar:	$ 1.550.000				

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 1.500.000	2667	2018-08-04	2018-09-03
2	$ 6.205.000	2857	2018-09-04	2019-01-03
3				
4				
5				
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	JULIO	$ 1.350.000	$ 241.800	8480821199
2	AGOSTO	$ 1.500.000	$ 241.800	8481851297
3	SEPTIEMBRE	$ 1.550.000	$ 241.800	8481851297
4				
5				
6				
7				
8				
9				
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
$ 1.500.000	$ 9.205.000	$ 4.400.000	$ 4.805.000

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA DESARROLLANDO ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Relación de actividades para el periodo: Desde: 2018-09-01 Hasta: 2018-09-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	1. Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE.	Identifico la poblacion objeto del PAI, primordialmente menores de 5 años,60 años y gestantes, niñas de 9 a 20 años desde 4to grado de primaria 11 bachillerato, al igual que las niñas de 9 a 17 años desescolarizadas.
2	2. Apoya la prestación de servicios en el PIC presentando al información y/o soportes que soliciten y que corresponden al objeto y/o actividades contractuales y de acuerdo a los anexos y lineamientos contenidos en el Contrato suscrito con el Fondo Financiero Distrital.	Se entrega la informacion de vacunados diariamente a la coordinacion extramural para ser digitada diariamente y ser informado las coberturas de la estrategia en todo momento
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.	Realizar actividades programadas en el cronograma mensual y realizar las observaciones pertinentes frente actividades que se realizaron y que no estaban plasmadas dentro del cronograma mensual
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 diferentes estándares de habilitación y acreditación de servicios de salud.	desarrollar el proceso de vacunacion de acuerdo con las guias y manual tecnico administrativo
5	5. Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal.	Realizar tacticas de vacunacion casa casa , seguimientos , o concentraciones , a necesidad o según cronograma de actividades a realizar
6	6. Diligenciar de manera completa, adecuada, ordenada y legible todos los formatos requeridos en las diferentes intervenciones de acuerdo a los anexos operativos de cada espacios de vida o componente transversal.	Realizar entrega oportuna y con calidad de los registros diarios de vacunacion teniendo en cuenta su obligacion especifica. Formatos externos (anexo 3) (anexo 3,1) (anexo 4) (anexo5) formatos internos (consentimiento informado de vacunacion , fichas de seguimiento, actas, formato lavado de equipos. preauditoria, cronogramas, seguimientos entre otros)
7		
8		
9		
10		

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

Julieth Motta
Firma del Contratista

C.C. 1.010.205.504 de BOGOTA

P. Pagos

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 1010205504		MOTTA GUARIN INGRID JULIETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 68 A No. 18U -54 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7900383	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-08	2018-08	05426229	8481851297	I	2018/08/02	2018/08/13	BANCO DE OCCIDENTE	11	$244,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$0	$0			$781,242	$19,100		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$0	$0			$781,242	$19,100		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$0	$0			$781,242	$19,100		$0	$0
1	CC 1010205504	MOTTA INGRID	230201	30	$781,242	$125,000	EPS008	30	$781,242	$97,700		0	$0	$0	14-7	30	$781,242	$19,100	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$0	$0			$781,242	$19,100		$0	$0

PAGADO

Julieth Motta
1010205504



A291

2018/09/18 11:44 AM

4291

PAGO DE FACTURAS

PILA BP

NUM APROBACION:05426229
NUM REFERENCIA:000000848185129 7
NUM IDENTIFICACION:1010205504
PERIODO: 2018-08
FECHA EFECTIVA:2018-08-13
VALOR: 244.000
LUN13 AGO 18 13:53:13
225-05047744-088
770911-451304-244628-597260-30
CONSERVE ESTE TIQUETE. ES EL UNICO RECIBO OFICIAL DE PAGO.EN CASO DE RECLAMO LLAMAR A:
A SU OPERADOR.
AGT 600153 CLR 11044282
04144031-338759

Juleth Motta
1010205504

4241

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 INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 01
FECHA: 2017-07-07

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS -4291- 2018	C.D.P. No.:	2423	Proceso al que pertenece:	PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC
				Unidad a la que pertenece:	SALUD PUBLICA - PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES

Nombre del Contratista:	INGRID JULIETH MOTTA GUARIN	C.C.	1.010.205.504	de:	BOGOTA
Fecha Inicio:	2018-07-04	Fecha Terminación inicial:	2018-08-03	Valor Mensual:	$ 1.550.000
Valor a cobrar:	$ 1.550.000				

ADICIÓN OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 1.500.000	2667	2018-08-04	2018-09-03
2	$ 6.205.000	2857	2018-09-04	2019-01-03
3				
4				
5				
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	NUMERO DE PLANILLA
1	JULIO	$ 1.350.000	$ 241.800	8480821199
2	AGOSTO	$ 1.500.000	$ 241.800	8481851297
3	SEPTIEMBRE	$ 1.550.000	$ 241.800	8481851297
4	OCTUBRE	$ 1.550.000	$ 241.800	8483019041
5				
6				
7				
8				
9				
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
$ 1.500.000	$ 9.205.000	$ 5.950.000	$ 3.255.000

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

PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA DESARROLLANDO ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Relación de actividades para el periodo: Desde: 2018-10-01 Hasta: 2018-10-31

	OBLIGACIONES ESPECIFICAS (Del objeto a contratar)	DESCRIPCION DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PROYECTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO (DETALLAR EL GRADO DE CADA OBLIGACION)
1	1. Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE.	Identifico la poblacion objeto del PAI, primordialmente menores de 5 años,60 años y gestantes, niñas de 9 a 20 años desde 4to grado de primaria 11 bachillerato, al igual que las niñas de 9 a 17 años desescolarizadas.
2	2. Apoya la prestación de servicios en el PIC presentando al información y/o soportes que soliciten y que corresponden al objeto y/o actividades contractuales y de acuerdo a los anexos y lineamientos contenidos en el Contrato suscrito con el Fondo Financiero Distrital.	Se entrega la informacion de vacunados diariamente a la coordinacion extramural para ser digitada diariamente y ser informado las coberturas de la estrategia en todo momento
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.	Realizar actividades programadas en el cronograma mensual y realizar las observaciones pertinentes frente actividades que se realizaron y que no estaban plasmadas dentro del cronograma mensual
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 diferentes estándares de habilitación y acreditación de servicios de salud.	desarrollar el proceso de vacunacion de acuerdo con las guias y manual tecnico administrativo
5	5. Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal.	Realizar tacticas de vacunacion casa casa , seguimientos , o concentraciones , a necesidad o segun cronograma de actividades a realizar
6	6. Diligenciar de manera completa, adecuada, ordenada y legible todos los formatos requeridos en las diferentes intervenciones de acuerdo a los anexos operativos de cada espacios de vida o componente transversal.	Realizar entrega oportuna y con calidad de los registros diarios de vacunacion teniendo en cuenta su obligacion especifica. Formatos externos (anexo 3) (anexo 3,1) (anexo 4) (anexo5) formatos internos (consentimiento informado de vacunacion , fichas de seguimiento, actas, formato lavado de equipos, preauditoria, cronogramas, seguimientos entre otros)
7		
8		
9		
10		

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

Julieth Motta
Firma del Contratista

C.C. 1.010.205.504 de BOGOTA

P. Bayas

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATO

NOMBRE:	LUZ ADRIANA CASTAÑEDA
CARGO:	REFERENTE DE GESTION PROGRAMAS Y ACCIONES
FIRMA	

4291

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 1010205504		MOTTA GUARIN INGRID JULIETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 68 A No. 18U -54 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7900383	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-09	2018-09	23378653	8483019041	I	2018/10/02	2018/10/09	BANCO DE OCCIDENTE	7	$243,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$0	$0			$781,242	$19,100		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$0	$0			$781,242	$19,100		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$0	$0			$781,242	$19,100		$0	$0
1	CC 1010205504	MOTTA INGRID	230201	30	$781,242	$125,000	EPS008	30	$781,242	$97,700		0	$0	$0	14-7	30	$781,242	$19,100	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$0	$0			$781,242	$19,100		$0	$0

PAGADO

Ingrid Julieth Motta
1010205504

2018/10/09 01:44 PM

#4291

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 1010205504		MOTTA GUARIN INGRID JULIETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 68 A No. 18U -54 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7900383	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-09	2018-09	23378653	8483019041	I	2018/10/02	2018/10/09	BANCO DE OCCIDENTE	7	$243,300

RESUMEN DE PAGO

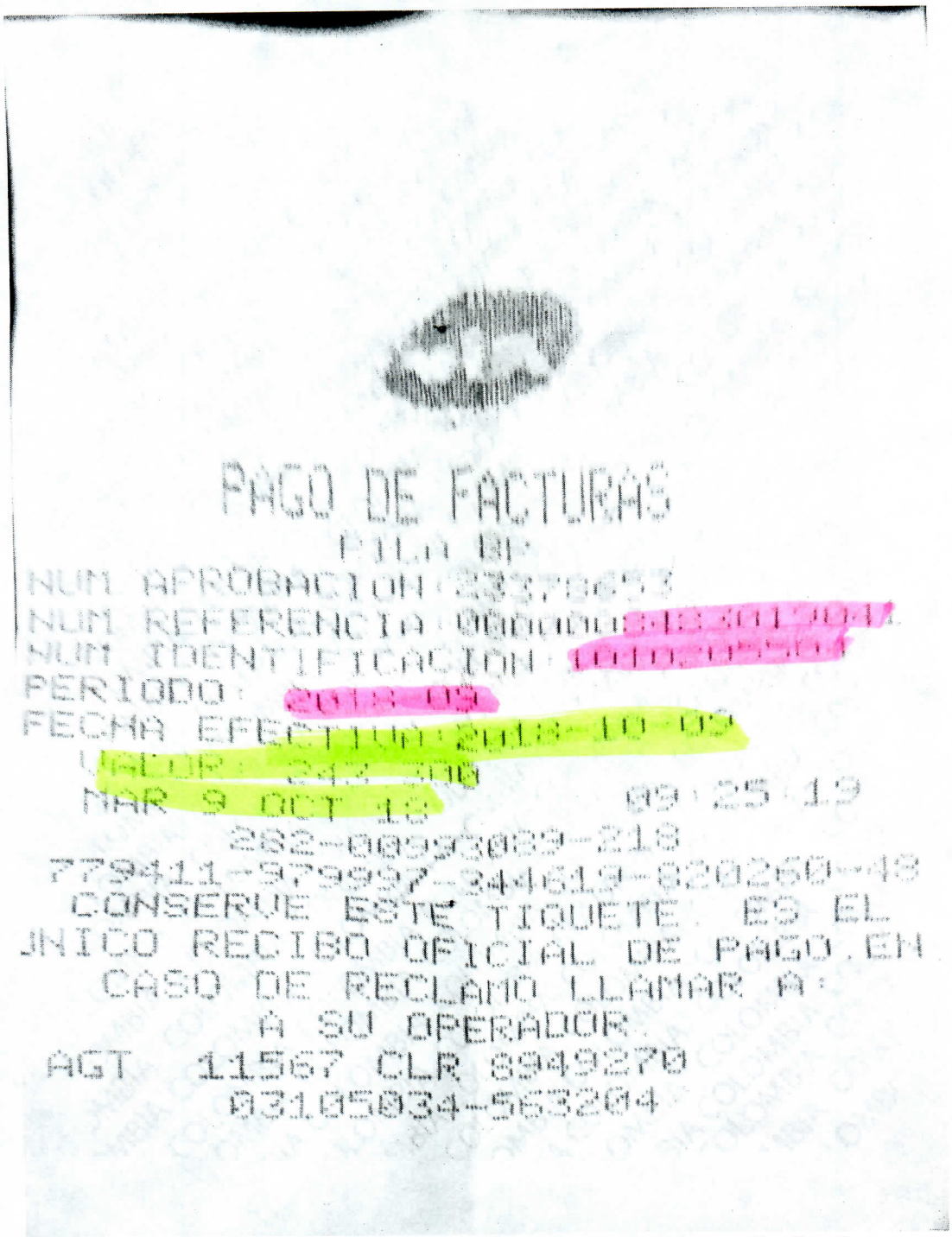
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$125,000	$700	$0	$125,700
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$125,000	$700	$0	$125,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$19,100	$200	$0	$19,300
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$19,100	$200	$0	$19,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$97,700	$600	$0	$98,300
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$97,700	$600	$0	$98,300
TOTAL				1	$241,800	$1,500	$0	$243,300

PAGADO

Ingrid Julieth Motta
1010205504

2018/10/09 01:44 PM

#4291



PAGO DE FACTURAS

PILA BP

NUM APROBACION: 23370653

NUM REFERENCIA: 000000[illegible]

NUM IDENTIFICACION: [illegible]

PERIODO: 2013-09

FECHA EFECTIVA: 2013-10-09

VALOR: $43,300

MAR 9 OCT 13 09:25:19

282-00933089-218

779411-379997-344619-820260-48

CONSERVE ESTE TIQUETE. ES EL UNICO RECIBO OFICIAL DE PAGO. EN CASO DE RECLAMO LLAMAR A:

A SU OPERADOR.

AGT 11567 CLR 8949270

0310[illegible]5034-563264

Scanned by CamScanner

#4291

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: 01
FECHA: 2017-07-07

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: PS -4291- 2018 **C.D.P. No.:** 2423 **Proceso al que pertenece:** PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC
Unidad a la que pertenece: SALUD PUBLICA - PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES

Nombre del Contratista: INGRID JULIETH MOTTA GUARIN **C.C.** 1.010.205.504 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2018-07-04 **Fecha Terminación inicial:** 2018-08-03 **Valor Mensual:** $ 1.550.000 **Valor a cobrar:** $ 1.550.000

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 1.500.000	2667	2018-08-04	2018-09-03
2	$ 6.205.000	2957	2018-09-04	2019-01-03
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

N° CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	JULIO	$ 1.350.000	$ 241.800	$480821199
2	AGOSTO	$ 1.500.000	$ 241.800	$481851297
3	SEPTIEMBRE	$ 1.550.000	$ 241.800	$481851297
4	OCTUBRE	$ 1.550.000	$ 241.800	$483019041
5	NOVIEMBRE	$ 1.550.000	$ 241.800	$484096407
6				
7				
8				
9				
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
$ 1.500.000	$ 9.205.000	$ 7.500.000	$ 1.705.000

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

PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA DESARROLLANDO ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2018-11-01 **Hasta:** 2018-11-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en el contrato)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	1. Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE.	Identifico la poblacion objeto del PAI, primordialmente menores de 5 años,60 años y gestantes, niñas de 9 a 20 años desde 4to grado de primaria 11 bachillerato, al igual que las niñas de 9 a 17 años desescolarizadas.
2	2. Apoya la prestación de servicios en el PIC presentando al información y/o soportes que soliciten y que corresponden al objeto y/o actividades contractuales y de acuerdo a los anexos y lineamientos contenidos en el Contrato suscrito con el Fondo Financiero Distrital.	Se entrega la informacion de vacunados diariamente a la coordinacion extramural para ser digitada diariamente y ser informado las coberturas de la estrategia en todo momento
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.	Realizar actividades programadas en el cronograma mensual y realizar las observaciones pertinentes frente actividades que se realizaron y que no estaban plasmadas dentro del cronograma mensual
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 diferentes estándares de habilitación y acreditación de servicios de salud.	desarrollar el proceso de vacunacion de acuerdo con las guias y manual tecnico administrativo
5	5. Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal.	Realizar tacticas de vacunacion casa casa , seguimientos , o concentraciones , a necesidad o según cronograma de actividades a realizar
6	6. Diligenciar de manera completa, adecuada, ordenada y legible todos los formatos requeridos en las diferentes intervenciones de acuerdo a los anexos operativos de cada espacios de vida o componente transversal.	Realizar entrega oportuna y con calidad de los registros diarios de vacunacion teniendo en cuenta su obligacion especifica. Formatos externos (anexo 3) (anexo 3,1) (anexo 4) (anexo5) formatos internos (consentimiento informado de vacunacion , fichas de seguimiento, actas, formato lavado de equipos, preauditoria, cronogramas, seguimientos entre otros)
7		
8		
9		
10		

Observaciones:

Se anexa certificacion de pago a Salud, pension y ARL.
En caso de tener contrato nuevo se debe anexar tambien la certificacion bancaria con la primera cuenta de cobro

Ingrid Motta
Firma del Contratista

C.C. 1.010.205.504 **de** BOGOTA

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	Teléfo
CC 1010205504		MOTTA GUARIN INGRID JULIETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 68 A No. 18U -54 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7900383

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora
2018-10	2018-10	37014429	8484096407	I	2018/11/02	2018/11/14	BANCO DE OCCIDENTE	12

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	V
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$125,000	$1,200	$0	
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$125,000	$1,200	$0	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$19,100	$200	$0	
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$19,100	$200	$0	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$97,700	$900	$0	
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$97,700	$900	$0	
TOTAL				1	$241,800	$2,300	$0	

PAGADO

201

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfo
CC 1010205504		MOTTA GUARIN INGRID JULIETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 68 A No. 18U -54 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7900383

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	
2018-10	2018-10	37014429	8484096407	I	2018/11/02	2018/11/14	BANCO DE OCCIDENTE	12	

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF			
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						**$781,242**	**$125,000**			**$781,242**	**$97,700**			**$0**	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						**$781,242**	**$125,000**			**$781,242**	**$97,700**			**$0**	
1	CC	1010205504	MOTTA INGRID	230101	30	$781,242	$125,000	EPS008	30	$781,242	$97,700		0	$0	
Total	**Afiliados(1)**					**$781,242**	**$125,000**			**$781,242**	**$97,700**			**$0**	

PAGADO

PAGO DE FACTURAS
PILA BP
NUM APROBACION:3701442
NUM REFERENCIA:0000006440956407
NUM IDENTIFICACION:1010205504
SERIOOO: 2018-10
FECHA EFECTIVA:2018-11-13
VALOR: 244.100
MAR13 NOV 18 17:10:45
317-1414415-197
779706-766596-044628-527260-45
CONSERVE ESTE TIQUETE, ES EL
UNICO RECIBO OFICIAL DE PAGO.EN
CASO DE RECLAMO LLAMAR A
A SU OPERADOR.
AGT 112302 CLK 52871045
01190938-597648

Jhon Ortega
1010205504

4241

#4291

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

CODIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 01
FECHA: 2017-07-07

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: PS -4291-2018 | C.D.P. No.: 2423

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

Unidad a la que pertene: SALUD PUBLICA - PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES

Nombre del Contratista: INGRID JULIETH MOTTA GUARIN | C.C. 1.010.205.504 | de: BOGOTA

Fecha Inicio: 2018-07-04 | Fecha Terminación incial: 2018-08-03 | Valor Mensual: $ 1.550.000 | Valor a cobrar: $ 1.550.000

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 1.500.000	2667	2018-08-04	2018-09-03
2	$ 6.205.000	2857	2018-09-04	2019-01-03
3				
4				
5				
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	NÚMERO DE PLANILLA
1	JULIO	$ 1.350.000	$ 241.800	8480821199
2	AGOSTO	$ 1.500.000	$ 241.800	8481851297
3	SEPTIEMBRE	$ 1.550.000	$ 241.800	8481851297
4	OCTUBRE	$ 1.550.000	$ 241.800	8483019041
5	NOVIEMBRE	$ 1.550.000	$ 241.800	8484096407
6	DICIEMBRE	$ 1.550.000	$ 241.800	8485297084
7				
8				
9				
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
$ 1.500.000	$ 9.205.000	$ 9.050.000	$ 155.000

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

PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA DESARROLLANDO ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Relación de actividades para el per Desde: 2018-12-01 Hasta: 2018-12-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	1. Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE.	Identifico la poblacion objeto del PAI, primordialmente menores de 5 años,60 años y gestantes, niñas de 9 a 20 años desde 4to grado de primaria 11 bachillerato, al igual que las niñas de 9 a 17 años desescolarizadas.
2	2. Apoya la prestación de servicios en el PIC presentando al información y/o soportes que soliciten y que corresponden al objeto y/o actividades contractuales y de acuerdo a los anexos y lineamientos contenidos en el Contrato suscrito con el Fondo Financiero Distrital.	Se entrega la informacion de vacunados diariamente a la coordinacion extramural para ser digitada diariamente y ser informado las coberturas de la estrategia en todo momento
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.	Realizar actividades programadas en el cronograma mensual y realizar las observaciones pertinentes frente actividades que se realizaron y que no estaban plasmadas dentro del cronograma mensual
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 diferentes estándares de habilitación y acreditación de servicios de salud.	desarrollar el proceso de vacunacion de acuerdo con las guias y manual tecnico administrativo
5	5. Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal.	Realizar tacticas de vacunacion casa casa , seguimientos , o concentraciones , a necesidad o según cronograma de actividades a realizar
6	6. Diligenciar de manera completa, adecuada, ordenada y legible todos los formatos requeridos en las diferentes intervenciones de acuerdo a los anexos operativos de cada	Realizar entrega oportuna y con calidad de los registros diarios de vacunacion teniendo en cuenta su obligacion especifica. Formatos externos (anexo 3) (anexo 3.1) (anexo 4) (anexo5) formatos internos (consentimiento informado de vacunacion , fichas de seguimiento, actas, formato lavado de equipos, preauditoria, cronogramas, seguimientos
7		
8		
9		
10		

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

Julieth Motta
Firma del Contratista

C.C. 1.010.205.504 de BOGOTA

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 1010205504		MOTTA GUARIN INGRID JULIETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 68 A No. 18U -54 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7900383	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-11	2018-11	50101614	8485297084	I	2018/12/04	2018/12/10	BANCO DE OCCIDENTE	6	$243,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$0	$0			$781,242	$19,100		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$0	$0			$781,242	$19,100		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$0	$0			$781,242	$19,100		$0	$0
1	CC	1010205504 MOTTA INGRID	230201	30	$781,242	$125,000	EPS008	30	$781,242	$97,700		0	$0	$0	14-7	30	$781,242	$19,100	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$0	$0			$781,242	$19,100		$0	$0

PAGADO

Julein Motta

1010205504

4291

2018/12/10 02:39 PM

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 1010205504		MOTTA GUARIN INGRID JULIETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 68 A No. 18U -54 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7900383	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-11	2018-11	50101614	8485297084	I	2018/12/04	2018/12/10	BANCO DE OCCIDENTE	6	$243,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				**1**	**$125,000**	**$600**	**$0**	**$125,600**
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$125,000	$600	$0	$125,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				**1**	**$19,100**	**$100**	**$0**	**$19,200**
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$19,100	$100	$0	$19,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				**1**	**$97,700**	**$500**	**$0**	**$98,200**
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$97,700	$500	$0	$98,200
TOTAL				**1**	**$241,800**	**$1,200**	**$0**	**$243,000**

PAGADO

Julieth Motta

1010205504

2018/12/10 02:39 PM

#4291



PAGO DE FACTURAS

PILA BP

NUM APROBACION: 50101614

NUM REFERENCIA: 000000[redacted]

NUM IDENTIFICACION: [redacted]

PERIODO: 2018-11

FECHA EFECTIVA: [redacted]

VALOR: 243.000

LUN10 DIC 10 [redacted]

[redacted]

[redacted]

CONSERVE ESTE TIQUETE ES EL
UNICO RECIBO OFICIAL DE PAGO EN
CASO DE RECLAMO
A SU OPERADOR

AGT [redacted]