


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 5053 2018** C.D.P. No.: **2423** Proceso al que pertenece: **GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO**
 Unidad a la que pertenece: **SALUD PÚBLICA**

Nombre del Contratista: **SARA SEGURA DELGADO** C.C. **52.954.190** de: **BOGOTÁ**

Fecha Inicio: **2018-07-09** Fecha Terminación inicial: **2018-08-08** Valor Mensual: **\$ 2.800.000** Valor a cobrar: **\$ 2.053.333**

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	\$ 2.053.333	\$ 254.300	4229543364
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 \$ 2.800.000	VALOR TOTAL DEL CONTRATO \$ 2.800.000	PAGOS REALIZADOS \$ 2.053.333	SALDO DEL CONTRATO \$ 746.667
---------------------	---	---	---	---

2. EN CUMPLIMIENTO DEL OBJETO DEL CONTRATO

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS EN MEDICINA VETERINARIA DESARROLLANDO ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PÚBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE.

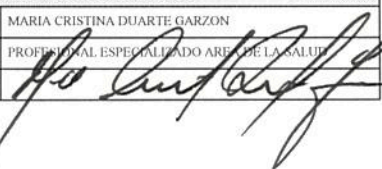
Relación de actividades para el periodo: Desde: **2018-07-09** Hasta: **2018-07-30**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1 Apoyar la prestación de servicios en el PIC. Prestando la información y o soportes que se solicite y que corresponde al objeto y o actividades contractuales y de acuerdo con los anexos y lineamientos operativos en el contrato subcontrato con el FFD.	Recepción de fichas de notificación evento 300, clasificación del caso, llamar la paciente y registro en la base del evento 300 y diligenciamiento en el libro para entrega a profesionales del componente de vigilancia sanitaria y ambiental y análisis de notificación de eventos de origen zoonótico. Bases de retroalimentación semanal sobre hallazgos en la notificación a las UPGD'S. Ajuste de la base de vigilancia correspondiente a las 6 localidades de la subred centro oriente. Envío retroalimentaciones a las UPGD del seguimiento al animal agresor y pacientes en vacunación, recepción y envío de realimentaciones interlocales de seguimiento al animal agresor. Cruce de aplicativo sígila con base de fichas de notificación.I. Entregan de información para factura y 1186. Capacitaciones y asesorías técnicas
2 Presat sus servicios para el desarrollo de la s actividades en el marco del contrato subcontrato con FFD y la ESE	Elaboración y envío de tableros de control correspondientes a seguimientos al animal agresor y movimiento del biológico antirrábico a SDS, Envío soportes para solicitud de biológico antirrábico a SDS. Presentar Auditoria a la secretaria Distrital de salud, digitar base de notificación diaria de evento 300 por residencia y por ocurrencia.
3 precentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollara contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del contrato.	Entrega de cronograma y preauditoria mensual
5	

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

C.C. **52954190** de **Bogotá**

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	MARIA CRISTINA DUARTE GARZON
CARGO:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA DE LA SALUD
FIRMA:	



PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES COMPROBANTE DE PAGO



DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	52954190
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	SARA SEGURA DELGADO SEGURA DELGADO	
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 20 SUR 52C 38 TELÉFONO:	5638282
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA:	Personas Naturales sin Actividad
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):		NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	4229543364	TIPO DE PLANILLA:
PERIODO COTIZACIÓN:	MES: julio	PERIODO COTIZACIÓN:
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2018	SALUD:
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2018/07/23	NÚMERO AUTORIZACIÓN:
		9990183669

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800224808	230301	230301-PORVENIR	1	\$ 131.500
SUBTOTAL:			1	\$ 131.500
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
805000427	EPS016	EPS016-COOMEVA S.A.	1	\$ 102.700
SUBTOTAL:			1	\$ 102.700
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860002503	14-7	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	1	\$ 20.100
SUBTOTAL:			1	\$ 20.100

TOTAL PAGADO:	\$ 254.300
---------------	------------



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
VERSION: 01
FECHA: 2017-07-07

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: PS 5053 2018

C.D.P. No.: 2423

Nombre del Contratista: SARA SEGURA DELGADO

Fecha Inicio: 2018-07-09

Fecha Terminación inicial: 2018-08-08

Proceso al que pertenece: GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

Unidad a la que pertenece: SALUD PÚBLICA

C.C.: \$2.954.190

de: BOGOTÁ

Valor Mensual: \$ 2.800.000

Valor a cobrar: \$ 2.800.000

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	\$ 2.800.000	2807	2018-08-09	2018-09-08
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	\$ 2.053.333	\$ 254.300	4229543364
2	AGOSTO	\$ 2.800.000	\$ 346.500	4235764763
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

\$ 2.800.000

VALOR TOTAL DEL CONTRATO

\$ 5.600.000

PAGOS REALIZADOS

\$ 4.853.333

SALDO DEL CONTRATO

\$ 746.667

CE EN CUMPLIMIENTO DEL OBJETO DEL CONTRATO

OBJETO DEL CONTRATO

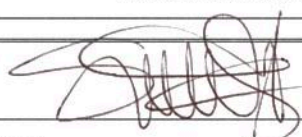
PRESTAR SERVICIOS EN MEDICINA VETERINARIA DESARROLLANDO ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PÚBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE.

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

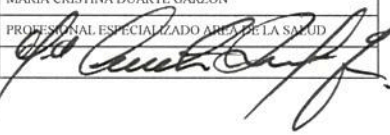
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS <small>(Las entidades en la mínima)</small>	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO <small>ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN</small>
1	Apoyar la prestación de servicios en el PIC. Precontando la información y o soportes que se solicite y que corresponde al objeto y o actividades contractuales y de acuerdo con los anexos y lineamientos operativos en el contrato subcontrato con el FFD
2	Presar sus servicios para el desarrollo de la s actividades en el marco del contrato subcontrato con FFD y la ESE
3	precentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollara contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del contrato.
5	

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.



C.C. 52954190 de Bogotá

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	MARIA CRISTINA DUARTE GARZON
CARGO:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA DE LA SALUD
FIRMA	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	52954190
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	SARA SEGURA DELGADO SEGURA DELGADO		
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 20 SUR 52C 38	TELÉFONO:	5638282
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Personas Naturales sin Actividad
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO		

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
NÚMERO PLANILLA:	4235764763	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: agosto	PERIODO COTIZACIÓN	MES: agosto
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2018	SALUD:	AÑO: 2018
DÍAS DE MORA:	0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2018/08/21	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9990630166

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800224808	230301	230301-PORVENIR	1	\$ 179.200
SUBTOTAL:			1	\$ 179.200
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
805000427	EPS016	EPS016-COOMEVA S.A.	1	\$ 140.000
SUBTOTAL:			1	\$ 140.000
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860002503	14-7	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	1	\$ 27.300
SUBTOTAL:			1	\$ 27.300

TOTAL PAGADO:	\$ 346.500
----------------------	-------------------

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: PS 5053 2018 C.D.P. No.: 2423 Proceso al que pertenece: PLAN DE SALUD PÚBLICA EN INTERVENCIONES COLECTIVAS_PIC
Unidad a la que pertenece: SALUD PÚBLICA
Nombre del Contratista: SARA SEGURA DELGADO C.C. 52.954.190 de: BOGOTA
Fecha Inicio: 2018-07-09 Fecha Terminación inicial: 2018-08-08 Valor Mensual: \$ 3.000.000 Valor a cobrar: \$ 3.000.000

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	\$ 2.800.000	2807	2018-08-09	2018-09-08
2	\$ 11.553.333	2857	2018-09-09	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	\$ 2.053.333	\$ 254.300	4229543364
2	AGOSTO	\$ 2.800.000	\$ 346.500	4235764763
3	SEPTIEMBRE	\$ 3.000.000	\$ 371.300	4240953361 / 4243481266
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
	\$ 2.800.000	\$ 17.153.333	\$ 7.853.333	\$ 9.300.000

2. EN CUMPLIMIENTO DEL OBJETO DEL CONTRATO

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS EN MEDICINA VETERINARIA DESARROLLANDO ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PÚBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE.

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 Apoyar la prestación de servicios en el PIC, Presentando la información y o soportes que se solicite y que corresponde al objeto y a actividades contractuales y de acuerdo con los anexos y lineamientos operativos en el contrato subroto con el FFD.	Recepcion de fichas de notificación evento 300, clasificación del caso, llamar la paciente y registro en la base del evento 300 y diligenciamiento en el libro para entrega a profesionales del componente de vigilancia sanitaria y ambiental y análisis de notificación de eventos de origen zoonótico. Bases de retroalimentación semanal sobre hallazgos en la notificación a las UPGD'S. Ajuste de la base sigviga correspondiente a las 6 localidades de la subred centro oriente. Envío retroalimentaciones a las UPGD del seguimiento al animal agresor y pacientes en vacunación, recepción y envío de realimentaciones interlocales de seguimiento al animal agresor. Cruce de aplicativo sigviga con base de fichas de notificación.1. Entregan de información para factura y 1186, Capacitaciones y asesorías técnicas
2 Prestar sus servicios para el desarrollo de la s actividades en el marco del contrato subroto con FFD y la ESE	Elaboracion y envío de tableros de control correspondientes a seguimientos al animal agresor y movimiento del biológico antirrábico a SDS. Envío soportes para solicitud de biológico antirrábico a SDS. Presentar Auditoria a la secretaria Distrital de salud, digitar base de notificación diaria de evento 300 por residencia y por ocurrencia.
3 presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollara contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del contrato.	Entrega de cronograma y preauditoria mensual
4 apoyar las actividades inherentes al 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.	apoyo en unidades de análisis de leptospirosis, 3

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

C.C. 52954190

Bogota

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS

NOMBRE:	MARIA CRISTINA DUARTE GARCÓN
CARGO:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA DE LA SALUD
FIRMA	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 52954190
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	SARA SEGURA DELGADO SEGURA DELGADO	
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 20 SUR 52C 38	TÉLEFONO: 5638282
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA: Personas Naturales sin Actividad
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):		NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	4240953361	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN:	MES: septiembre	PERIODO COTIZACIÓN: MES: septiembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2018	AÑO: 2018
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2018/09/17	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 9991048204

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800224808	230301	230301-PORVENIR	1	\$ 179.200
SUBTOTAL:			1	\$ 179.200
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
805000427	EPS016	EPS016-COOMEVA S.A.	1	\$ 140.000
SUBTOTAL:			1	\$ 140.000
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860002503	14-7	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	1	\$ 27.300
SUBTOTAL:			1	\$ 27.300

TOTAL PAGADO:	\$ 346.500
----------------------	-------------------

3053

K

Ministerio 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
VERSION: 01
FECHA: 2017-07-07

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: **PS 5053 2018** C.D.P. No.: **2423**

Nombre del Contratista: **SARA SEGURA DELGADO**

Fecha Inicio: **2018-07-09** Fecha Terminación inicial: **2018-08-08**

Proceso al que pertenece: **PLAN DE SALUD PÚBLICA EN INTERVENCIONES COLECTIVAS_PIC**

Unidad a la que pertenece: **SALUD PÚBLICA**

C.C. **52.954.190** de: **BOGOTÁ**

Valor Mensual: **\$ 3.600.000** Valor a cobrar: **\$ 3.000.000**

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	\$ 2.800.000	2807	2018-08-09	2018-09-08
2	\$ 11.553.333	2857	2018-09-09	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	\$ 2.053.333	\$ 254.300	4229543364
2	AGOSTO	\$ 2.800.000	\$ 346.500	4235764763
3	SEPTIEMBRE	\$ 3.000.000	\$ 371.300	4240953361 / 4243481266
4	OCTUBRE	\$ 3.000.000	\$ 371.300	4240953361 / 4243481266
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
	\$ 2.800.000	\$ 17.153.333	\$ 10.853.333	\$ 6.300.000

2. EN CUMPLIMIENTO DEL OBJETO DEL CONTRATO

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS EN MEDICINA VETERINARIA DESARROLLANDO 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: **2018-10-01** Hasta: **2018-10-31**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las consignadas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERÍODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1. Apoyar la prestación de servicios en el PIC. Presentando la información y o soportes que se solicite y que corresponde al objeto y o actividades contractuales y de acuerdo con los anexos y lineamientos operativos en el contrato suscrito con el FFD.	Recepción de fichas de notificación evento 300, clasificación del caso, llamar la paciente y registro en la base del evento 300 y diligenciamiento en el libro para entrega a profesionales del componente de vigilancia sanitaria y ambiental y análisis de notificación de eventos de origen zoonótico. Bases de retroalimentación semanal sobre hallazgos en la notificación a las UPGD'S. Ajuste de la base sigviga correspondiente a las 6 localidades de la subred centro oriente. Envío retroalimentaciones a las UPGD del seguimiento al animal agresor y pacientes en vacunación, recepción y envío de realimentaciones interlocales de seguimiento al animal agresor. Cruce de aplicativo sigviga con base de fichas de notificación.1. Entregan de información para factura y 1186. Capacitaciones y asesorías técnicas
2. Prestar sus servicios para el desarrollo de la s actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE	Elaboración y envío de tableros de control correspondientes a seguimientos al animal agresor y movimiento del biológico antrirábico a SDS, Envío soportes para solicitud de biológico antrirábico a SDS. Presentar Auditoría a la secretaría Distrital de salud, digitar base de notificación diaria de evento 300 por residencia y por ocurrencia.
3. apoyar las actividades inherentes al 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.	apoyo en unidades de análisis de leptospirosis, 3
4. 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	TABLEROS DE CONTROL EVENTO 300
5. Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal.	ASESORIAS TÉCNICAS A UPGD USS OLAYA
6. precentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollara contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del contrato.	Entrega de cronograma y preauditoría mensual

Observaciones:

Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL.

En caso de tener contrato nuevo se debe anechar también la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro

C.C. 52954190 de Bogotá

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	MARIA CRISTINA DUARTE GARZON
CARGO:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA DE LA SALUD
FIRMA	

[illegible]

ADMINISTRADORA		TOTAL APORTES A SALUD												TOTALES	
CÓDIGO	NOMBRE	Nº. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERINIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		DESCUENTO		VALOR PAGADO
			NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANEILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	
EPSP0016	EPSP016-COOMEVA S.A.	1	\$ 0		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 10,000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 10,000
TOTALES:													\$ 0	\$ 0	\$ 10,000

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES														
CÓDIGO	ADMINISTRADORA	NOMBRE	Nº. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP		PAGO A OTROS RIESGOS		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
				VALOR	VALOR	VALOR	PLANILLA	VALOR						
14.7	14.7-SEGUROS BOLIVAR S.A.		1		\$ 0	\$ 0	\$ 0		\$ 0	\$ 2.000	\$ 2.000	\$ 0	\$ 0	\$ 2.000
TOTAL:														\$ 2.000

[illegible]

TOTAL	\$ 24,800
--------------	------------------

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	52954190
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	SARA SEGURA DELGADO SEGURA DELGADO		
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 20 SUR 52C 38	TELÉFONO:	5638282
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Personas Naturales sin Actividad
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO		

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
NÚMERO PLANILLA:	4240953361	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN:	MES: septiembre	PERIODO COTIZACIÓN:	MES: septiembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2018	SALUD:	AÑO: 2018
DÍAS DE MORA:	0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2018/09/17	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9991048204

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800224808	230301	230301-PORVENIR	1	\$ 179.200
SUBTOTAL:			1	\$ 179.200
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
805000427	EPS016	EPS016-COOMEVA S.A.	1	\$ 140.000
SUBTOTAL:			1	\$ 140.000
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860002503	14-7	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	1	\$ 27.300
SUBTOTAL:			1	\$ 27.300

TOTAL PAGADO:	\$ 346.500
----------------------	-------------------

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

lo. CONTRATO - OP: PS 5053 2018 C.D.P. No.: 2423 Proceso al que pertenece: PLAN DE SALUD PUBLICA EN INTERVENCIONES COLECTIVAS_PIC
Unidad a la que pertenece: SALUD PUBLICA
Nombre del Contratista: SARA SEGURA DELGADO C.C. 52.954.190 de: BOGOTA
Fecha Inicio: 2018-07-09 Fecha Terminación inicial: 2018-08-08 Valor Mensual: \$ 3.000.000 Valor a cobrar: \$ 3.000.000

ADICIÓN / OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	\$ 2.800.000	2807	2018-08-09	2018-09-08
2	\$ 11.553.333	2857	2018-09-09	2019-01-03
3				
4				
5				
6				
7				
8				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	JULIO	\$ 2.053.333	\$ 254.300	4229543364
2	AGOSTO	\$ 2.800.000	\$ 346.500	4235764763
3	SEPTIEMBRE	\$ 3.000.000	\$ 371.300	4240953361 / 4243481266
4	OCTUBRE	\$ 3.000.000	\$ 371.300	4240953361 / 4243481266
5	NOVIEMBRE	\$ 3.000.000	\$ 371.300	4252468116
6				
7				
8				

Resumen de contrato	VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
	\$ 2.800.000	\$ 17.153.333	\$ 13.853.333	\$ 3.300.000

CE EN CUMPLIMIENTO DEL OBJETO DEL CONTRATO

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS EN MEDICINA VETERINARIA DESARROLLANDO ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PÚBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE.

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

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA
1 Apoyar la prestación de servicios en el PIC; Prestando la información y o soportes que se solicite y que corresponde al objeto y o actividades contractuales y de acuerdo con los anexos y lineamientos obtenidos en el contrato subcritop con el FFD.	Recepcion de fichas de notificacion evento 300, clasificacion del caso, llamar pacientes y registro en la base del evento 300 y diligenciamiento en el libro para entrega a profesionales del componente de vigilancia sanitaria y ambiental y analisis de notificacion de eventos de origen zoonotico . Bases de retroalimentacion semanal sobre hallazgos en la notificacion a las UPGD'S . Ajuste de la base siviliga correspondiente a las 6 localidades de la subred centro oriente. Envio retroalimentaciones a las UPGD del seguimiento al animal agresor y pacientes en vacunacion, recepcion y envio de realimentaciones interlocales de seguimiento al animal agresor. Cruce de aplicativo siviliga con base de fichas de notificacion. Entregan de informacion para factura.
2 Prestar sus servicios para el desarrollo de la s actividades en el marco del contrato subcritop con FFD y la ESE	Elaboracion y envio de tableros de control correspondientes a seguimientos al animal agresor y movimiento del biologico antirrabico a SDS. Envio soportes para solicitud de biologico antirrabico a SDS. Presentar Auditoria a la secretaria Distrital de salud, digitar base de notificacion diaria de evento 300 por residencia y por ocurrencia.
3 apoyar las actividades inherentes al contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estandares de habitacion y	apoyo en unidades de analisis de leptospira 2
4 Diligenciar de manera completa, adecuada, ordenada y legible todos los formatos requeridos en las diferentes intervenciones de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o	TABLERO DE CONTROL EVENTO 300
5 Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal.	capacitacion uss san blas
6 precentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollara contenidas en el formato de necesidad de personal	Entrega de cronograma y preauditoria mensual

Observaciones:

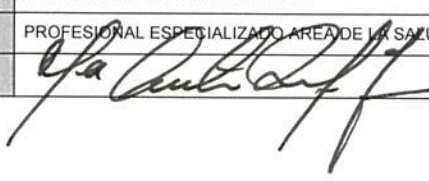
Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL.
En caso de tener contrato nuevo se debe anexar también la certificación bancaria con

C.C. 52954190

de

Bogota

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS

NOMBRE:	MARIA CRISTINA DUARTE GARZON
CARGO:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA DE LA SALUD
FIRMA	

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

[illegible]

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

Id. CONTRATO - OP: PS 5053 2018 C.D.P. No.: 2423 Proceso al que pertenece: PLAN DE SALUD PÚBLICA EN INTERVENCIONES COLECTIVAS_PIC
Unidad a la que pertenece: SALUD PÚBLICA

Nombre del Contratista: SARA SEGURA DELGADO C.C. 52.954.190 de: BOGOTA

Fecha Inicio: 2018-07-09 Fecha Terminación inicial: 2018-08-08 Valor Mensual: \$ 3.000.000 Valor a cobrar: \$ 3.000.000

ADICIÓN / OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	\$ 2.800.000	2807	2018-08-09	2018-09-08
2	\$ 11.553.333	2857	2018-09-09	2019-01-03
3				
4				
5				
6				
7				
8				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	JULIO	\$ 2.053.333	\$ 254.300	4229543364
2	AGOSTO	\$ 2.800.000	\$ 346.500	4235764763
3	SEPTIEMBRE	\$ 3.000.000	\$ 371.300	4240953361 / 4243481266
4	OCTUBRE	\$ 3.000.000	\$ 371.300	4240953361 / 4243481266
5	NOVIEMBRE	\$ 3.000.000	\$ 371.300	4252468116
6	DICIEMBRE	\$ 3.000.000	\$ 371.300	4252487579
7				
8				

Resumen de contrato	VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
	\$ 2.800.000	\$ 17.153.333	\$ 16.853.333	\$ 300.000

CE EN CUMPLIMIENTO DEL OBJETO DEL CONTRATO

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS EN MEDICINA VETERINARIA DESARROLLANDO ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PÚBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE.

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

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1 Apoyar la prestación de servicios en el PIC; Prestando la información y o soportes que se solicite y que corresponde al objeto y o actividades contractuales y de acuerdo con los anexos y lineamientos obtenidos en el contrato subcritop con el FFD.	Recepcion de fichas de notificación evento 300, clasificación del caso, llamar pacientes y registro en la base del evento 300 y diligenciamiento en el libro para entrega a profesionales del componente de vigilancia sanitaria y ambiental y analisis de notificación de eventos de origen zoonotico. Bases de retroalimentación semanal sobre hallazgos en la notificación a las UPGD'S. Ajuste de la base sigviga correspondiente a las 6 localidades de la subred centro oriente. Envio retroalimentaciones a las UPGD del seguimiento al animal agresor y pacientes en vacunacion, recepcion y envio de realimentaciones interlocales de seguimiento al animal agresor. Cruce de aplicativo sigviga con base de fichas de notificación. Entregan de informacion para
2 Presatr sus servicios para el desarrollo de la s actividades en el marco del contrato subcritop con FFD y la ESE	Elaboracion y envio de tableros de control correspondientes a seguimientos al animal agresor y movimiento del biologico antirrabico a SDS, Envio soportes para solicitud de biologico antirrabico a SDS. Presentar Auditoria a la secretaria Distrital de salud, digitar base de notificación diaria de evento 300 por residencia y por ocurrencia.
3 apoyar las actividades inherentes al contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estandares de	apoyo en unidades de analisis de leptospira
4 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	TABLERO DE CONTROL EVENTO 300
5 Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal.	asesoria tecnica uss chircales, capacitacion uss diana turbay, asesoria tecnica cm quiroga, asesoria tecnica asmedan vitalmed
6 presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollara contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del contrato	Entrega de cronograma y preauditoria mensual

Observaciones:

Se anexa certificación de pago a Salud, pension y ARL.

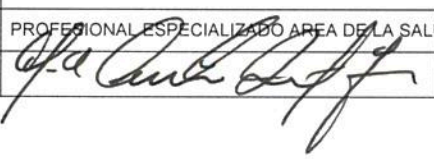
En caso de tener contrato nuevo se debe anexar también la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro

C.C. 52954190

de

Bogota

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS

NOMBRE:	MARIA CRISTINA DUARTE GARZON
CARGO:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA DE LA SALUD
FIRMA	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 52954190
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	SARA SEGURA DELGADO SEGURA DELGADO	
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO: BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 20 SUR 52C 38	TELÉFONO: 5638282
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA: Personas Naturales sin Actividad
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):		NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	4252487579	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: noviembre	PERIODO COTIZACIÓN MES: noviembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2018	SALUD: AÑO: 2018
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2018/12/12	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 9992348479

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800224808	230301	230301-PORVENIR	1	\$ 192.000
SUBTOTAL:			1	\$ 192.000
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
805000427	EPS016	EPS016-COOMEVA S.A.	1	\$ 150.000
SUBTOTAL:			1	\$ 150.000
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860002503	14-7	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	1	\$ 29.300
SUBTOTAL:			1	\$ 29.300

TOTAL PAGADO:	\$ 371.300
----------------------	-------------------