

4733

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-4733/2018 C.D.P. No.: 2423 Proceso al que pertenece: PLAN DE SALUD PÚBLICA E INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
Unidad a la que pertenece: GESTIÓN DE PROGRAMAS Y ACCIONES

Nombre del Contratista: ANDERSON DAYAN RAMIREZ RIAÑOS C.C. 1.032.445.210 de: BOGOTÁ

Fecha Inicio: 2018-07-09 Fecha Terminación inicial: 2018-08-08 Valor Mensual: \$ 1.500.000 Valor a cobrar: \$ 1.100.000

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	NUMERO DE PLANILLA
1	JULIO	\$ 1.100.000	\$ 241.800	1012930395
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 \$ 1.500.000	VALOR TOTAL DEL CONTRATO \$ 1.500.000	PAGOS REALIZADOS \$ 1.100.000	SALDO DEL CONTRATO \$ 400.000
---------------------	---	---	---	---

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

OBJETO DEL CONTRATO

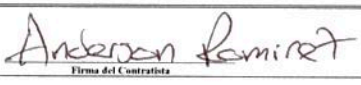
PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA DESARROLLANDO ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Relación de actividades para el periodo: Desde: 2018-07-09 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 Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FTD y la ESE.	Identifico la población 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 Apoyar la prestación de servicios en el PIC, presentando la información y/o reportes que soliciten y que corresponde 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 información de vacunados diariamente a la coordinación extramural para ser digitada diariamente y ser informado las coberturas de la estrategia en todo momento
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 educación sobre los cuidados y reacciones postvacunales al padre o cuidador después de prestar el servicio de vacunación de acuerdo al esquema según la edad. Cumplí con las actividades programadas por el proceso puntualidad en el inicio de actividades según cronograma y entrega de actividades pautadas.
5	
6	
7	

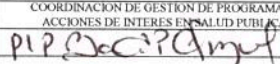
Observaciones:

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. 1.032.445.210 de BOGOTÁ

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS

NOMBRE:	LUZ ADRIANA CASTAÑEDA MONTEALEGRE -
CARGO:	COORDINACIÓN DE GESTIÓN DE PROGRAMAS Y ACCIONES DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA
FIRMA:	

P. Rojas

4733

COLSUBSIDIO
SANTA LIBRADA

DOCUMENTO SOPORTE

NOMBRE : PLANILLA SIMPLE RECAUDO
NIT : 900.097.333-9
CODIGO : 20596
REFERENCIA : 8880574200
PLANILLA : 1012930595
PERIODO : 2018/07
REFERENCIA 2 : 8880574200

Código	Descripción	Cant	Valor
693927	RECAUDO PLA	1	242800
			242800

DOCUMENTO



1807100004694749
CONSECUTIVO: 001

JUL 10, 18 15:17

10/JUL/2018 15:17 2100 04 0137 2301216
(COPIA CLIENTE)



PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Referencia pago(PIN) 8880574200

Número Planilla 1012930595

Fecha creación reporte 2018-07-16, 06:22:48 PM

Tipo Planilla I

Período Cotización 201807

Período Cotización 201807

Cliente:

PAGADA 2018-07-10

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ANDERSON DAYAN RAMIREZ RIANOS
Documento	CC 1032445210
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE
Tipo Persona	NATURAL
Ciudad	BOGOTÁ D.C.
Representante Legal	RAMIREZ RIANOS ANDERSON DAYAN
Dirección	CRA 18 K 64 F 33 SUR
Teléfono	7244289
Forma Presentación	ÚNICO
Departamento	BOGOTÁ D.C.
Identificación	CC 1032445210
Total Afiliados	1

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1032445210	Residente	Exonerado	N	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	59 00				RAMIREZ RIANOS ANDERSON DAYAN	11001000 - 11		BOGOTÁ D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades										Pensión										Salud						Riesgos						Caja				Parafiscales																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
										S. Integral		Salario		Código AFP		Tarifa AFP		IBC		Total Aporte AFP		Total Aporte AFP FSP		Total Aporte AFP FSPS		Código EPS		Tarifa EPS		IBC EPS		Aporte Salud		Código UPC		Código ARL		Clase Riesgo		Tarifa ARL		IBC ARL		Aporte Riesgos		Código CCF		Tarifa CCF		IBC CCF		Aporte Caja		Tarifa SENA		Aporte SENA		Tarifa ICBF		Aporte ICBF																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
ING	RET	TOL	TAE	TAP	VSP	COR	VSF	SLN	IOB	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Dias AFP	Dias EPS	Dias AFP	Dias CCF	Extranjero																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						

IV. TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PROTECCION (ING + PROTECCION)	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	ARP SURA	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
\$ 125.000	\$ 0	\$ 0	\$ 19.100	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 241.800



#4733

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-4733-2018	C.D.F. No.:	2423	Proceso al que pertenece:	PLAN DE SALUD PÚBLICA E INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
				Unidad a la que pertenece:	GESTIÓN DE PROGRAMAS Y ACCIONES
Nombre del Contratista:	ANDERSON DAYAN RAMIREZ RUAÑO			C.C.:	1.032.445.210
				de:	BOGOTÁ
Fecha Inicio:	2018-07-09	Fecha Terminación Inicial:	2018-08-08	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	2107	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	\$ 1.100.000	\$ 241.800	1012910595
2	AGOSTO	\$ 1.500.000	\$ 241.800	1014240820
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 \$ 1.500.000	VALOR TOTAL DEL CONTRATO \$ 3.000.000	PAGOS REALIZADOS \$ 2.600.000	SALDO DEL CONTRATO \$ 400.000
----------------------------	---	---	---	---

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS COMO TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA 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: 2018-08-01 Hasta: 2018-08-31

Nº	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS <small>(Las actividades se detallan en el texto)</small>	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO <small>ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN</small>
1	Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la FSE.	Identifico la población 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	Apoyar la prestación de servicios en el PIC, presentando la información y/o soportes que sustenten y que corresponde 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 información de vacunados diariamente a la coordinación extramural para ser digitada diariamente y ser informado las coberturas de la estrategia en todo momento.
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 educación sobre los cuidados y reacciones postvacunales al padre o cuidador después de prestar el servicio de vacunación de acuerdo al esquema según la edad. Cumplí con las actividades programadas por el proceso puntualidad en el inicio de actividades según cronograma y entrega de actividades pautadas.
4		
5		
6		
7		

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. 1.032.445.210 de BOGOTÁ

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS

NOMBRE:	LUZ ADRIANA CASTAÑEDA MONTEALEGRE
CARGO:	COORDINACIÓN DE GESTIÓN DE PROGRAMAS Y ACCIONES DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA
FIRMA:	

Simple

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Referencia pago(PIN) 8880574200

Número Planilla 1014240820

Tipo Planilla I

Fecha creación reporte 2018-08-14, 09:04:22 PM

Período Cotización 201808

Período Servicio 201808

Cliente:

PAGADA 2018-08-13

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ANDERSON DAYAN RAMIREZ RIANOS	Dirección	CRA 18 K 64 F 33 SUR
Documento	CC 1032445210	Teléfono	7244289
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Forma Presentación	UNICO
Tipo Persona	NATURAL	Departamento	BOGOTÁ D.C.
Ciudad	BOGOTÁ D.C.	Total Afiliados	1
Representante Legal	RAMIREZ RIAÑOS ANDERSON DAYAN	Identificación	CC 1032445210

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1032445210	Residente	Exonerado	N	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	59	00			RAMIREZ RIANOS ANDERSON DAYAN	11001000 - 11		BOGOTÁ D.C.

III. APOORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades	S. Integral	Pensión						Salud				Riesgos				Caja		Parafiscales			
		NO	RE	TA	TO	CO	TA	CO	TA	CO	TA	CO	TA	CO	TA	CO	TA	CO	TA	CO	
Extremidad Superior Derecha																					
Extremidad Superior Izquierda																					
Extremidad Inferior Derecha																					
Extremidad Inferior Izquierda																					
Tronco Superior																					
Tronco Inferior																					
Abdomen Superior																					
Abdomen Inferior																					
Extremidad Superior Derecha																					
Extremidad Superior Izquierda																					
Extremidad Inferior Derecha																					
Extremidad Inferior Izquierda																					
Tronco Superior																					
Tronco Inferior																					
Abdomen Superior																					
Abdomen Inferior																					
Extremidad Superior Derecha																					
Extremidad Superior Izquierda																					
Extremidad Inferior Derecha																					
Extremidad Inferior Izquierda																					
Tronco Superior																					
Tronco Inferior																					
Abdomen Superior																					
Abdomen Inferior																					
Extremidad Superior Derecha																					
Extremidad Superior Izquierda																					
Extremidad Inferior Derecha																					
Extremidad Inferior Izquierda																					
Tronco Superior																					
Tronco Inferior																					
Abdomen Superior																					
Abdomen Inferior																					
Extremidad Superior Derecha																					
Extremidad Superior Izquierda																					
Extremidad Inferior Derecha																					
Extremidad Inferior Izquierda																					
Tronco Superior																					
Tronco Inferior																					
Abdomen Superior																					
Abdomen Inferior																					
Extremidad Superior Derecha																					
Extremidad Superior Izquierda																					
Extremidad Inferior Derecha																					
Extremidad Inferior Izquierda																					
Tronco Superior																					
Tronco Inferior																					
Abdomen Superior																					
Abdomen Inferior																					
Extremidad Superior Derecha																					
Extremidad Superior Izquierda																					
Extremidad Inferior Derecha																					
Extremidad Inferior Izquierda																					
Tronco Superior																					
Tronco Inferior																					
Abdomen Superior																					
Abdomen Inferior																					
Extremidad Superior Derecha																					
Extremidad Superior Izquierda																					
Extremidad Inferior Derecha																					
Extremidad Inferior Izquierda																					
Tronco Superior																					
Tronco Inferior																					
Abdomen Superior																					
Abdomen Inferior																					
Extremidad Superior Derecha																					
Extremidad Superior Izquierda																					
Extremidad Inferior Derecha																					
Extremidad Inferior Izquierda																					
Tronco Superior																					
Tronco Inferior																					
Abdomen Superior																					
Abdomen Inferior																					
Extremidad Superior Derecha																					
Extremidad Superior Izquierda																					
Extremidad Inferior Derecha																					
Extremidad Inferior Izquierda																					
Tronco Superior																					
Tronco Inferior																					
Abdomen Superior																					
Abdomen Inferior																					
Extremidad Superior Derecha																					
Extremidad Superior Izquierda																					
Extremidad Inferior Derecha																					
Extremidad Inferior Izquierda																					
Tronco Superior																					
Tronco Inferior																					
Abdomen Superior																					
Abdomen Inferior																					
Extremidad Superior Derecha																					
Extremidad Superior Izquierda																					
Extremidad Inferior Derecha																					
Extremidad Inferior Izquierda																					
Tronco Superior																					
Tronco Inferior																					
Abdomen Superior																					
Abdomen Inferior																					
Extremidad Superior Derecha																					
Extremidad Superior Izquierda																					
Extremidad Inferior Derecha																					
Extremidad Inferior Izquierda																					
Tronco Superior																					
Tronco Inferior																					
Abdomen Superior																					
Abdomen Inferior																					
Extremidad Superior Derecha																					
Extremidad Superior Izquierda																					
Extremidad Inferior Derecha																					
Extremidad Inferior Izquierda																					
Tronco Superior																					
Tronco Inferior																					
Abdomen Superior																					
Abdomen Inferior																					
Extremidad Superior Derecha																					
Extremidad Superior Izquierda																					
Extremidad Inferior Derecha																					
Extremidad Inferior Izquierda																					
Tronco Superior																					
Tronco Inferior																					
Abdomen Superior																					
Abdomen Inferior																					
Extremidad Superior Derecha																					
Extremidad Superior Izquierda																					
Extremidad Inferior Derecha																					
Extremidad Inferior Izquierda																					
Tronco Superior																					
Tronco Inferior																					
Abdomen Superior																					
Abdomen Inferior																					
Extremidad Superior Derecha																					

COLSUBSIDIO
SANTA LIBRADA

DOCUMENTO SOPORTE

NOMBRE : PLANILLA SIMPLE RECAUDO
NIT : 900.097.333-9
CODIGO : 20596
REFERENCIA : 8880574200
PLANILLA : 1014240820
PERIODO : 2018/08
REFERENCIA 2: 8880574200

Código	Descripción	Cant	Valor
693927	RECAUDO PLA	1	243800
			243800

DOCUMENTO



1808130002368098
CONSECUTIVO: 001

AGO 13, 18 09:52

13/Ago/2018 09:52 2100 02 0060 5245054
(COPIA CLIENTE)

Anderson Ramirez

ADICIÓN No. 1 AL CONTRATO No. PS 4733 2018 SUSCRITO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y ANDERSON DAYAN RAMIREZ RIAÑO con C.C No. 1.032.445.210

Entre los suscritos a saber, por una parte, **LUIS FERNANDO PINEDA ÁVILA**, mayor de edad, domiciliado y residente en la ciudad de Bogotá, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 79.269.492 de Bogotá, D.C., en su calidad de Ordenador del gasto de la Sub Red Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E, de conformidad con la delegación conferida a través de la Resolución No. 284 del veintisiete (27) de junio de dos mil dieciocho (2018) expedida por la Gerente, quien en adelante se denominará la **SUBRED** y por otra parte **ANDERSON DAYAN RAMIREZ RIAÑO**, también mayor de edad, identificado (a) con cédula de ciudadanía **No. 1.032.445.210**, quien en adelante se denominará **EL CONTRATISTA**, hemos convenido celebrar la presente adición previa las siguientes consideraciones: **1)** Que, la contratación de las Empresas Sociales del Estado se rige por el Derecho Privado, de conformidad con el numeral 6 del artículo 195 de la Ley 100 de 1993, el Acuerdo 27 de 2017- Estatuto de Contratación y Resolución 794 de 2017- Manual de contratación de la Subred. **2.)** Que con fecha 09 DE JULIO DE 2018, se suscribió el contrato de prestación de servicios No. PS 4733 2018, cuyo objeto consiste en " 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.. **3)** Que el plazo de ejecución se pactó hasta el 8 DE AGOSTO DE 2018. **4)** Que el valor del contrato se pactó en la suma de UN MILLON QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE (\$1.500.000.00). **5.)** Que con base en las disposiciones de la Resolución 794 de 2017- Manual de contratación de la Subred vigente, numeral 3.2.3 Inciso tercero: "Los contratos de prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión, podrán adicionarse cuantas veces sea necesario, dentro de la misma vigencia fiscal, siempre y cuando el objeto del Contrato no sea modificado. No obstante, las adiciones no superaran el mes de enero del siguiente año". **6)** Que, conforme a lo dispuesto en el parágrafo de la cláusula décima primera del contrato, la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E queda facultada para adicionar cuantas veces sea necesario dentro de los doce (12) meses siguientes a la suscripción del contrato siempre que exista una justificación que soporte la adición y las condiciones del mismo lo permitan. **7)** Que, la Subred solicita para dar cumplimiento a las actividades establecidas y contenidas en los lineamientos del contrato del plan de intervenciones colectivas ps pic n.466100-2018 con vigencia julio a diciembre del 2018 y suscrito entre el fondo financiero distrital y la subred integrada de servicios de salud centro oriente E.S.E. En virtud de las anteriores consideraciones, las partes suscriben la presente adición que se registrá por las siguientes Cláusulas: **CLÁUSULA PRIMERA:** Adicionar el valor del contrato en la suma de UN MILLON QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE (\$1.500.000.00). **CLÁUSULA SEGUNDA: IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL:** El valor de esta adición se cancelará con cargo al certificado de disponibilidad presupuestal No. 2807 del 09 DE AGOSTO DE 2018. **CLÁUSULA TERCERA: VIGENCIA DE LAS DEMÁS CLÁUSULAS:** La presente adición sólo surte efectos en el clausulado que se modifica, las demás estipulaciones continúan vigentes y sin modificaciones. Para constancia se firma en la ciudad de Bogotá, D.C., el 09 DE AGOSTO DE 2018.

POR LA SUBRED

POR EL CONTRATISTA

LUIS FERNANDO PINEDA ÁVILA
SUBGERENTE DE SERVICIOS DE SALUD


ANDERSON DAYAN RAMIREZ RIAÑO
C.C. No. 1.032.445.210

Las actuaciones de los Usuarios en el SECOP II comprometen a la Entidad Estatal o al Proveedor del cual son agentes. La autenticación del SECOP II, es decir, el nombre de usuario y la contraseña constituyen una firma electrónica en los términos del artículo 7 de la Ley 527 de 1999 y las normas que la reglamentan.

Los abajo firmantes, certifican que hicieron revisión de este documento y que la información ha sido suficientemente evaluada, revisada y aprobada.

Elaboró: Yanessa Lilchyn – Apoyo Administrativo Dirección Contratación OPS

I. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: PE-4733/2018 C.D.P. No.: 2423 Proceso al que pertenece: PLAN DE SALUD PÚBLICA E INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
Unidad a la que pertenece: GESTIÓN DE PROGRAMAS Y ACCIONES

Nombre del Contratista: ANDERSON DAYAN RAMIREZ RIAÑOS C.C. 1.032.445.210 de BOGOTÁ

Fecha Inicio: 2018-07-09 Fecha Terminación Inicial: 2018-08-08 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	2807	2018-08-09	2018-09-08
2	\$ 5.955.000	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				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	JULIO	\$ 1.100.000	\$ 241.800	1012930595
2	AGOSTO	\$ 1.500.000	\$ 241.800	1014240820
3	SEPTIEMBRE	\$ 1.550.000	\$ 241.800	1014944942
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	\$ 8.955.000	\$ 4.150.000	\$ 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 PÚBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

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

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las consignadas en la muestra)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERÍODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1. Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FPD y la E.S.E.	Identifico la población objeto del PAI, primordialmente menores de 5 años, 60 años y gestantes, niñas de 9 a 20 años desde 4to grado de primaria (1 bachillerato), al igual que las niñas de 9 a 17 años desescolarizadas.
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 los anexos y lineamientos contenidos en el contrato suscrito con el fondo financiero distrital.	Se entrega la información de vacunados diariamente a la coordinación extramural para ser digitada diariamente y ser informado las coberturas de la estrategia en todo momento
3. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. Contendidas 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 a actividades que se realizaron y que no estaban planeadas dentro del cronograma mensual.
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 habitación y acreditación de servicios de salud.	Desarrollar el proceso de vacunación de acuerdo con las guías y manual técnico administrativo
5. Realizar las visitas in campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal.	Realizar tácticas de vacunación casa-casa, seguimientos, o concentraciones, a necesidad o según cronograma de actividades a realizar
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 espacio de vida o componente transversal.	Realizar entrega oportuna y con calidad de los registros diarios de vacunación teniendo en cuenta su obligación específica. Formatos externos (anexo 3) (anexo 3.1) (anexo 4) (anexo 5) y formatos internos (consentimiento informado de vacunación, fichas de seguimientos, actas, formato lavado de equipos, pre-auditorías, cronogramas, seguimientos entre otros).

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

Anderson Ramirez
Firma del Contratista

C.C. 1.032.445.210 de BOGOTÁ

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS

NOMBRE:	LUZ ADRIANA CASTAÑEDA MONTEALEGRE -
CARGO:	COORDINACIÓN DE GESTIÓN DE PROGRAMAS Y ACCIONES DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA
FIRMA:	<i>Sehlatah</i>

Simple

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte

2018-09-18, 04:39:50 PM

Tipo Planilla

I

Número Planilla 1014944942

Referencia pago(PIN) 8880574200

Período Cotización 201809

Período Servicio 201809

Cliente:

PAGADA 2018-09-08 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ANDERSON DAYAN RAMIREZ RIANOS	Dirección	CRA 18 K 64 F 33 SUR
Documento	CC 1032445210	Teléfono	7244289
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Forma Presentación	UNICO
Tipo Persona	NATURAL	Departamento	BOGOTA D.C.
Ciudad	BOGOTA D.C.	Identificación	CC 1032445210
Representante Legal	RAMIREZ RIANOS ANDERSON DAYAN		

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1032445210	Exonerado	N	Apellidos y Nombres	RAMIREZ RIANOS ANDERSON DAYAN	Código Ciudad - Departamento	11001000 - 11	Centro de Trabajo	BOGOTA D.C.
Tipo Cotizante	59	00							

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades		Pensión		Salud		Riesgos		Caja		Parafiscales										
ING	RET	Salario	Código Tarifa AFP	BIC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSPs	Código Tarifa EPS	BIC EPS	Aporte Salud	Aporte UNC	Código Clase Tarifa ARL	BIC ARL	Aporte Riesgos	Código Tarifa CCF	BIC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
1DE	TAE																			
TOP	TAP																			
VSP	VST																			
COR	SLN																			
IGE	LMA																			
VAG	VAC																			
AVP	AVP																			
VOT	EPS																			
IRP	ARP																			
0	CCF																			

IV. TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PROTECCION (ING + PROTECCION)	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	SALUD TOTAL EPS	ARP SURA	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	\$ 241.800
\$ 125.000	\$ 0	\$ 0	\$ 97.700	\$ 19.100	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 241.800



Constancia por Pérdida de Documentos



Constancia por Pérdida de Documentos y/o Elementos

La Policía Nacional de Colombia Certifica que el día 18 mes 9 año 2018, a las 4:45 p. m. El(La) señor(a) **ANDERSON DAYAN RAMIREZ RIAÑOS** identificado(a) con Cedula de ciudadanía No. 1032445210, reportó el extravío del(los) documento(s) o elemento(s) relacionado(s) a continuación:

Tipo	Número	Descripción
Factura	1014944942	BAUCHER DE PAGO DE PLANILLA

La presente constancia se puede verificar en http://webrp.policia.gov.co/Constancia/publico/Buscador_Constancia.aspx, mediante el número de consecutivo 103244521023726165.

La presente certificación no constituye documento de identificación y solamente constituye la certificación del reporte realizado por el usuario. La entidad encargada de expedir el duplicado del documento o elemento reportado como extraviado puede verificar el reporte en cualquier momento.

 **Imprimir constancia**  **DESCARGAR AHORA**

4733

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-FA-VI-014
VERSIÓN: 01
FECHA: 2017-07-07

I. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

Nº CONTRATO - OPS: PS-4733 2018 C.D.P. No.: 2423 Proceso al que pertenece: PLAN DE SALUD PÚBLICA E INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
Unidad a la que pertenece: GESTIÓN DE PROGRAMAS Y ACCIONES

Nombre del Contratista: ANDERSON DAYAN RAMÍREZ REAÑOS C.C. 1032 445 210 de: BUCOTA

Fecha Inicio: 2018-07-09 Fecha Terminación inicial: 2018-08-08 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	2807	2018-08-09	2018-09-08
2	\$ 5.955.000	2837	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				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	JULIO	\$ 1.100.000	\$ 241.800	1012930595
2	AGOSTO	\$ 1.500.000	\$ 241.800	1014240820
3	SEPTIEMBRE	\$ 1.550.000	\$ 241.800	1014944942
4	OCTUBRE	\$ 1.550.000	\$ 241.800	1014944942
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	\$ 8.955.000	\$ 5.700.000	\$ 3.255.000

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS COMO TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA 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 estipuladas en lo manuscrito)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERÍODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA CEBELATOR:
1. Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FPD y la E.S.E.	Identifico la población objeto del PAI primordialmente menores de 5 años, 60 años y gestantes, niñas de 9 a 20 años desde 4to grado de primaria II bachillerato, al igual que las niñas de 9 a 17 años desescolarizadas.
2. Apoyar la prestación de servicios en el PIC, presentando la información y/o reportes que soliciten y que corresponde 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 información de vacunados diariamente a la coordinación extramural para ser digitada diariamente y ser informado las coberturas de la estrategia en todo momento.
3. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. Contendidas 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 a actividades que se realizaron y que no estaban planeadas dentro del cronograma mensual.
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 vacunación de acuerdo con las guías y manual técnico administrativo.
5. Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal.	Realizar técnicas de vacunación casa-casa, seguimientos o concentraciones, a necesidad o según cronograma de actividades a realizar.
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 espacio de vida o componente transversal.	Realizar entrega oportuna y con calidad de los registros diarios de vacunación teniendo en cuenta su obligación específica. Formatos externos (anexo 3 y anexo 3.1) (anexo 4) (anexo 5) y formatos internos (consentimiento informado de vacunación, fichas de seguimientos, actas formato lavados de equipos, pre-auditorías cronogramas, seguimientos entre otros).

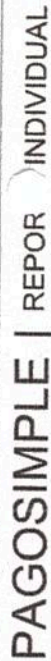
Observaciones:

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.

Firma del Contratista: Anderson Romera

C.C. 1032 445 210 de: BUCOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	LUZ ADRIANA CASTAÑEDA MONTEALEGRE -
CARGO:	COORDINACIÓN DE GESTIÓN DE PROGRAMAS Y ACCIONES DE INTERVENCIÓN EN SALUD PÚBLICA
FIRMA:	<i>[Firma]</i>

**Fecha creación reporte**

2018-10-16, 08:17:39 PM

Tipo Planilla

—

Tubo Planilla

Número Plavilla 1014941912

2007

Defect-f--/B11 0000000000

Cliente:

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ANDERSON DAYAN RAMIREZ RIANOS		
Documento	CC 1032445210	Dirección	CRA 18 K 64 F 33 SUR
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	7244289
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	UNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
		Total Afiliados	1

III. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1032445210		Residente	Exonerado	N	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral	
Tipo Cotizante	59	00								
							RAMIREZ RIANOS ANDERSON DAYAN	11001000 - 11		BOGOTÁ D.C.

III. APOORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

[illegible]

IV. TOTALES

[illegible]

4733

Andersson Lemire

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL



CONSTANCIA POR PÉRDIDA DE DOCUMENTOS Y/O ELEMENTOS

Se expide el: martes, 16 de octubre de 2018

Consecutivo Nro.: 103244521024049999

La Policía Nacional de Colombia Certifica que el día 16/10/2018, a las 8:44 p. m. el(La) señor(a) **ANDERSON DAYAN RAMIREZ RIAÑOS** identificado(a) con 7 No. **1032445210**, reportó el extravío del(los) documento(s) o elemento(s) relacionado(s) a continuación:

<u>Tipo documento/elemento</u>	<u>Número</u>	<u>Descripción</u>	<u>Marca</u>	<u>Modelo</u>
Factura	1014944942	BAUCHER DE PAGO		

La presente constancia se puede verificar en www.policia.gov.co mediante el número de consecutivo 103244521024049999.

La presente certificación no constituye documento de identificación y solamente constituye la certificación del reporte realizado por el usuario. La entidad encargada de expedir el duplicado del documento o elemento reportado como extraviado puede verificar el reporte en cualquier momento.

Anderson Ramirez
C 1032445210

4733

4733

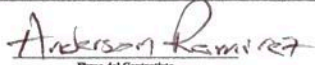
 <p>Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.</p>	<p>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO</p>	<p>CÓDIGO: AP-1A-FT-014 VERSIÓN: 01 FECHA: 2017-07-07</p>							
1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO									
Nº. CONTRATO - OPS: PS-4733/2018 C.D.P. Nº.: 2423 Proceso al que pertenece: PLAN DE SALUD PÚBLICA E INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC Unidad a la que pertenece: GESTIÓN DE PROGRAMAS Y ACCIONES		C.C.: 1.032.445.210 de: BOGOTÁ							
Nombre del Contratista: ANDERSON DAYAN RAMÍREZ RIAÑOS		Valor Mensual: \$ 1.550.000 Valor a cobrar: \$ 1.550.000							
Fecha Inicio: 2018-07-09 Fecha Terminación Incluida: 2018-08-08									
ADICIÓN/OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	\$ 1.500.000	2807	2018-08-09	2018-09-08	1	JULIO	\$ 1.100.000	\$ 241.800	1012930595
2	\$ 5.955.000	2857	2018-09-09	2019-01-03	2	AGOSTO	\$ 1.500.000	\$ 241.800	1014240820
3					3	SEPTIEMBRE	\$ 1.550.000	\$ 241.800	1014944942
4					4	OCTUBRE	\$ 1.550.000	\$ 241.800	1014944942
5					5	NOVIEMBRE	\$ 1.550.000	\$ 241.800	1015504757
6					6				
7					7				
8					8				
9					9				
10					10				
11					11				
12					12				
13					13				
14					14				
15					15				
16					16				
17					17				
18					18				
19					19				
20					20				
21					21				
22					22				

Resumen de contrato	VALOR INICIAL DEL CONTRATO \$ 1.500.000	VALOR TOTAL DEL CONTRATO \$ 8.955.000	PAGOS REALIZADOS \$ 7.250.000	SALDO DEL CONTRATO \$ 1.705.000
----------------------------	---	---	---	---

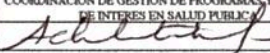
2. INFORME DE ACTIVIDADES REALIZADAS Y AVANCE EN CUMPLIMIENTO DEL OBJETO DEL CONTRATO**OBJETO DEL CONTRATO**

PRESTAR SERVICIOS COMO TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA 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: 2018-11-01	Hasta: 2018-11-30
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las especificar en la celda)		DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PROYECTOS DESARROLLADOS EN EL PERÍODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	
1	1. Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con PFD y la E.S.E	Identifico la población 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 reportes que soliciten y que corresponde 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 información de vacunados diariamente a la coordinación 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. Contendidas 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 a actividades que se realizaron y que no estaban planeadas 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 vacunación de acuerdo con las guías y manual técnico administrativo	
5	5. Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal.	Realizar tácticas de vacunación 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 espacio de vida o componente transversal.	Realizar entrega oportuna y con calidad de los registros diarios de vacunación teniendo en cuenta su obligación específica. Formatos externos (anexo 3) (anexo 3.1) (anexo 4) (anexo 5) y formatos internos (comenzamiento informado de vacunación, fichas de seguimientos, actas, formato lavado de equipos, pre-auditorías, cronogramas, seguimientos entre otros).	

Observaciones: Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL. En caso de tener contrato nuevo se debe anotar también la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro	 Firma del Contratista C.C.: 1.032.445.210 de: BOGOTÁ
--	--

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS

NOMBRE:	LUZ ADRIANA CASTAÑEDA MONTEALEGRE -
CARGO:	COORDINACIÓN DE GESTIÓN DE PROGRAMAS Y ACCIONES DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA
FIRMA:	

Simple

PAGOSIMPLE I

AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2018-11-14, 08:20:43 AM Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES Número Planilla: 1015504757 Referencia pago (PIN): 8880574200

Período Cotización: octubre de 2018 Período Servicio: octubre de 2018

PAGADO 14/11/2018

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ANDERSON DAYAN RAMIREZ RIANOS
Documento	CC1032445210
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE
Tipo Persona	NATURAL
Ciudad	BOGOTÁ D.C.
Representante Legal	
Total Afiliados	1
Dirección	CRA 18 K 64 F 33 SUR
Teléfono	7244289
Forma Presentación	ÚNICO
Departamento	BOGOTÁ D.C.
Identificación	
ARP	ARP SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotización	Novedades													Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas				Parafiscales				Total
			CC	CC	CC	CC	CC	CC	CC	CC	CC	CC	CC	CC	CC	CC	CC	CC	CC	CC	CC	CC	CC	CC	CC	CC	CC	CC	CC	CC	CC	CC	
CC 1032445210	ANDERSON DAYAN RAMIREZ RIANOS	99	00																														\$ 241,400

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sema	Aportes KCBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saludos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 781,242	\$ 781,242	\$ 781,242	\$ 0	\$ 125,000	\$ 97,700	\$ 19,100	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 241,300	\$ 1,600	\$ 243,400



Constancia por Pérdida de Documentos



Constancia por Pérdida de Documentos y/o Elementos

La Policía Nacional de Colombia Certifica que el día 14 mes 11 año 2018, a las 8:35 a. m. El(La) señor(a) **ANDERSON DAYAN RAMIREZ RIAÑOS** identificado(a) con Cedula de ciudadanía No. 1032445210 , reportó el extravío del(los) documento(s) o elemento(s) relacionado(s) a continuación:

Tipo	Número	Descripción
Factura	1015504757	BAUCHER DE PAGO

La presente constancia se puede verificar en http://webrp.policia.gov.co/Constancia/publico/Buscador_Constancia.aspx , mediante el número de consecutivo 103244521024363389.

La presente certificación no constituye documento de identificación y solamente constituye la certificación del reporte realizado por el usuario. La entidad encargada de expedir el duplicado del documento o elemento reportado como extraviado puede verificar el reporte en cualquier momento.

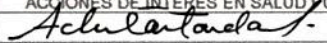
Imprimir constancia

DESCARGAR AHORA

4733

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-FI-014 VERSION: 01 FECHA: 2017-07-07	
1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO					
No. CONTRATO - OPS:	PS-4733/2018	C.D.P. No.:	2423	Proceso al que pertenece	PLAN DE SALUD PUBLICA E INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
				Unidad a la que pertenece	GESTION DE PROGRAMAS Y ACCIONES
Nombre del Contratista:	ANDERSON DAYAN RAMIREZ RIAÑOS			C.C.	1.032.445.210 de: BOGOTA
Fecha Inicio:	2018-07-09	Fecha Terminación inicial:	2018-08-08	Valor Mensual	\$ 1.550.000
				Valor a cobrar:	\$ 1.550.000
ADICION / OTRO SI	VALOR ADICION	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	
1	\$ 1.500.000	2807	2018-08-09	2018-09-08	
2	\$ 5.955.000	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					
Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD	NÚMERO DE PLANILLA	
1	JULIO	\$ 1.100.000	\$ 241.800	1012930595	
2	AGOSTO	\$ 1.500.000	\$ 241.800	1014240820	
3	SEPTIEMBRE	\$ 1.550.000	\$ 241.800	1014944942	
4	OCTUBRE	\$ 1.550.000	\$ 241.800	1014944942	
5	NOVIEMBRE	\$ 1.550.000	\$ 241.800	1015504757	
6	DICIEMBRE	\$ 1.550.000	\$ 241.800	1017312323	
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
Resumen de contrato	VALOR INICIAL DEL CONTRATO \$ 1.500.000	VALOR TOTAL DEL CONTRATO \$ 8.955.000	PAGOS REALIZADOS \$ 8.800.000	SALDO DEL CONTRATO \$ 155.000	
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: 2018-12-01 Hasta: 2018-12-31					
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)		DESCRIPCION DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACION			
1	1. Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la E.S.E	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 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 a actividades que se realizaron y que no estaban planeadas 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) (anexo 5) y formatos internos (consentimiento informado de vacunacion, fichas de seguimientos, actas, formato lavado de equipos, pre-auditorias, cronogramas, seguimientos entre otros).			
Observaciones:		 Firma del Contratista			
Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL. En caso de tener contrato nuevo se debe anexar también la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro		C.C. 1.032.445.210 de BOGOTA			

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS

NOMBRE:	LUZ ADRIANA CASTAÑEDA MONTEALEGRE -
CARGO:	COORDINACION DE GESTION DE PROGRAMAS Y ACCIONES DE INTERES EN SALUD PUBLICA
FIRMA	



Impreso por: Fibupal S.A.S.



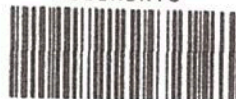
COLSUBSIDIO
CALLE 26

DOCUMENTO SOPORTE

NOMBRE : PLANILLA SIMPLE RECAUDO
NIT : 900.097.333-9
CODIGO : 20596
REFERENCIA : 8896603510
PLANILLA : 1017312323
PERIODO : 2018/11
REFERENCIA 2: 8896603510

Código	Descripción	Cant	Valor
693927	RECAUDO PLA	1	242800
			242800

DOCUMENTO



1812100031196832
CONSECUTIVO: 001

DIC 10, 18 08:03

10/Dic/2018 08:04 2800 31 0007 1368477
(COPIA CLIENTE)