4740

4740

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 4740 -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: ELINE AMALIA FRANCO MATEUS **C.C.** 28.438.811 **de:** SUCRE SANTANDER

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	NÚMERO DE PLANILLA
1	JULIO	$ 1.100.000	$ 241.800	84808772240
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	$ 1.100.000	$ 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 DESARRROLLANDO 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	1. Prestar mis 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 corresponda al objeto y/o actividades contractuales y de acuerdo a losanexos y lineamientos contenidos en el Contrato suscrito con el Fondo Financiero Distrita	Se entregan 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 segun la edad. Cumplo con las actividades programadas por el proceso puntualdad en el inicio de actividades segun cronograma y entrega de actividades pautadas
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

Observaciones:

F. Vargas

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. 28.438.811 de SUCRE SANTANDER

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 28438811		FRANCO MATEUS ELINE AMALIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cll 56 sur 5 d 70 torre2 ato 109	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	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	71371573	8480877240	I	2018/07/05	2018/07/10	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	28438811	FRANCO ELINE	230201	30	$781,242	$125,000	EPS037	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

28438811
Elinefranco

2018/07/17 07:52 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 28438811		FRANCO MATEUS ELINE AMALIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cll 56 sur 5 d 70 torre2 ato 109	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	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	71371573	8480877240	I	2018/07/05	2018/07/10	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
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$97,700	$400	$0	$98,100
TOTAL				**1**	**$241,800**	**$1,000**	**$0**	**$242,800**

PAGADO

28438811
Eline Franco

2018/07/17 07:52 AM

4740-7

PAGO DE FACTURAS

PILA BP

NUM APROBACION:71371573
NUM REFERENCIA:000000848087724O
NUM IDENTIFICACION:28438811
PERIODO: 2018-07
FECHA EFECTIVA:2018-07-09
VALOR: 242.800
LUN 9 JUL 18 16:03:41
190-16214993-060
770610-048131-444619-820260-48
CONSERVE ESTE TIQUETE. ES EL UNICO RECIBO OFICIAL DE PAGO.EN CASO DE RECLAMO LLAMAR A:
A SU OPERADOR.
AGT 11567 CLR 11043918
08108575-858759

28438811

PS- 4740

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

4740

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 4740 -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:	ELINE AMALIA FRANCO MATEUS			**C.C.**	28.438.811 **de:** SUCRE SANTANDER
Fecha Inicio:	2018-07-09	**Fecha Terminación incial:**	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	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	$ 1.100.000	$ 241.800	8480877240
2	AGOSTO	$1.500.000	$241.800	8481946350
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	$ 1.100.000	$ 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 DESARRROLLANDO 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:** 2018-08-01 **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. 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 puntualdad en el inicio de actividades segun cronograma y entrega de actividades pautadas
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

Firma del Contratista

C.C. 28.438.811 **de** SUCRE SANTANDER

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

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 28438811		FRANCO MATEUS ELINE AMALIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cll 56 sur 5 d 70 torre2 ato 109	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	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	05245958	8481946350	I	2018/08/03	2018/08/13	BANCO DE OCCIDENTE	10	$243,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES															PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$0	$0			$781,242	$19,100		$0	$0		$241,800
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$0	$0			$781,242	$19,100		$0	$0		$241,800
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																						$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$0	$0			$781,242	$19,100		$0	$0		$241,800
1	CC	28438811	FRANCO ELINE																	230201	30	$781,242	$125,000	EPS037	30	$781,242	$97,700		0	$0	$0	14-7	30	$781,242	$19,100	0	$0	$0	No	$241,800
Total	**Afiliados(1)**																					$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$0	$0			$781,242	$19,100		$0	$0		$241,800

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 28438811		FRANCO MATEUS ELINE AMALIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cll 56 sur 5 d 70 torre2 ato 109	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	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	05245958	8481946350	I	2018/08/03	2018/08/13	BANCO DE OCCIDENTE	10	$243,800

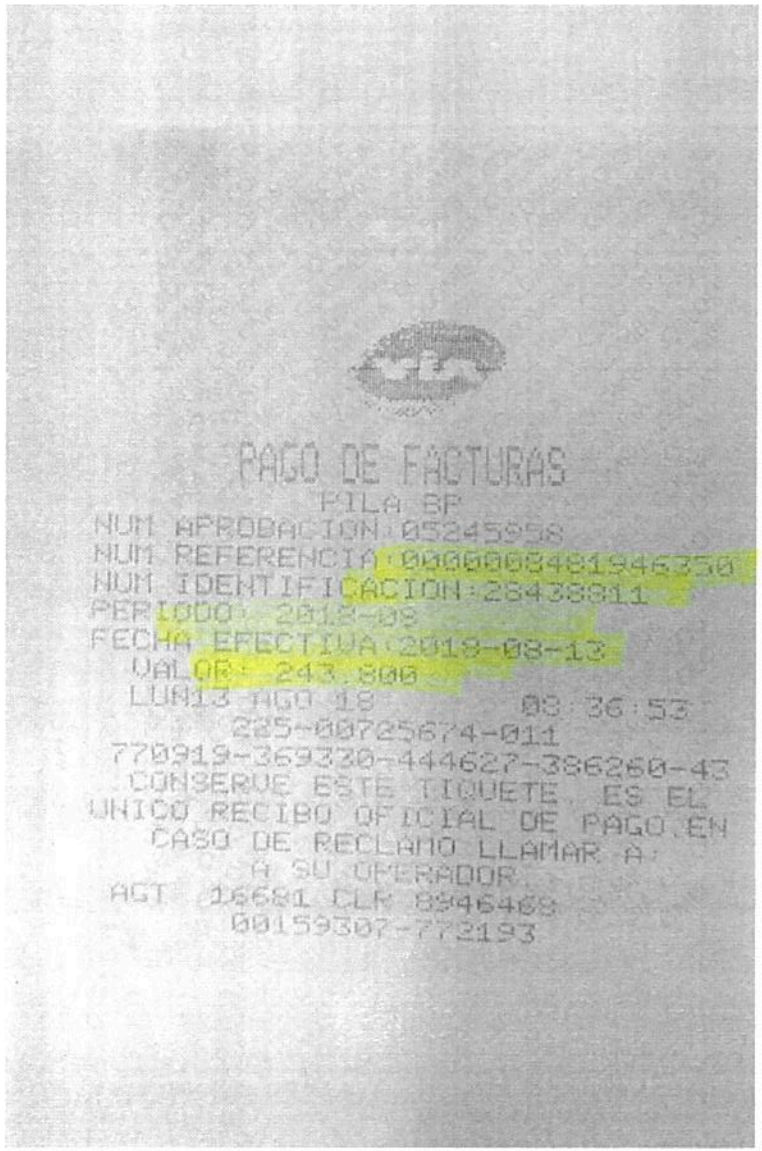
RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$125,000	$1,000	$0	$126,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$125,000	$1,000	$0	$126,000
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	$800	$0	$98,500
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$97,700	$800	$0	$98,500
TOTAL				**1**	**$241,800**	**$2,000**	**$0**	**$243,800**

Eline A. Franco M
28438811

2018/08/13 02:05 PM

PS. 1940



PAGO DE FACTURAS
PILA BP
NUM APROBACION:05245958
NUM REFERENCIA:000000848194625O
NUM IDENTIFICACION:28438811
PERIODO: 2018-09
FECHA EFECTIVA:2018-08-13
VALOR: 243.800
LUN13 AGO 18 03:36:53
225-0072567A-011
770919-369330-444627-386260-43
CONSERVE ESTE TIQUETE, ES EL
UNICO RECIBO OFICIAL DE PAGO.EN
CASO DE RECLAMO LLAMAR A:
A SU OPERADOR
AGT 16681 CLN 8946409
00159307-772193

Eline Atranco Mateo

28438811

PS 4740 -

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E

ADICIÓN No. 1 AL CONTRATO No. PS 4740 2018 SUSCRITO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y ELINE AMALIA FRANCO MATEUS con C.C No. 28.438.811

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 **ELINE AMALIA FRANCO MATEUS,** también mayor de edad, identificado (a) con cédula de ciudadanía **No. 28.438.811**, 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 4740 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.oo). **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 regirá por las siguientes Cláusulas: **CLAUSULA PRIMERA**: Adicionar el valor del contrato en la suma de UN MILLON QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE ($1.500.000.oo). **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

LUIS FERNANDO PINEDA ÁVILA
SUBGERENTE DE SERVICIOS DE SALUD

POR EL CONTRATISTA

ELINE AMALIA FRANCO MATEUS
C.C. No. 28.438.811

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

4710

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 4740 -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: ELINE AMALIA FRANCO MATEUS **C.C.** 28.438.811 **de:** SUCRE SANTANDER

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	2667	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	8480877240
2	AGOSTO	$ 1.500.000	$ 241.800	8481946350
3	SEPTIEMBRE	$1.550.000	$ 241.800	8481946350
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 DESARRROLLANDO 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:** 2018-09-01 **Hasta:** 2018-09-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Los estipulados 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.	Realizar actividades programadas en el cronograma mensual, y realizar las observaciones, pertinentes frente a actividades que se realizaron y que no estaban plasmadas dentro del cronograma mensual
4	apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de la calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento ,delos diferentes estandadres de habilotacion y acreditacion de servicios de salud.	desarrollar el proceso de vacunacion de acuerdo con las guias y manual tecnico administrativo
5	realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida, o componente transversal	reralizar tacticas de vacunacion casa, casa, seguimientos o concentracion, a necesidad o segun cronogramade actividades a realizar
6	diligenciar de mabera adecuada y ordenada y elgiblle todos los formatos requeridos en las diferentes intevenciones de acuerdo alos anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal	realizar entrega oportuna y calada de losd registros diarios de vacuncion teniendo encuenta su obligacion especifica. Formatos externos(anexo 3)(anexo 3.1)(anexo4)(anexo 5) y formatos internos(concentimiento informado de vacunacion, fichas seguimientos, actas, formatos , lavados de equipos, preauditorias, 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

Firma del Contratista

C.C. 28.438.811 **de** SUCRE SANTANDER

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

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 28438811		FRANCO MATEUS ELINE AMALIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cll 56 sur 5 d 70 torre2 ato 109	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	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	05245958	8481946350	I	2018/08/03	2018/08/13	BANCO DE OCCIDENTE	10	$243,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES															PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																							$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$0	$0			$781,242	$19,100		$0	$0		$241,800
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																							$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$0	$0			$781,242	$19,100		$0	$0		$241,800
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																							$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$0	$0			$781,242	$19,100		$0	$0		$241,800
1	CC	28438811	FRANCO ELINE																		230201	30	$781,242	$125,000	EPS037	30	$781,242	$97,700		0	$0	$0	14-7	30	$781,242	$19,100	0	$0	$0	No	$241,800
Total	**Afiliados(1)**																						$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$0	$0			$781,242	$19,100		$0	$0		$241,800

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 28438811		FRANCO MATEUS ELINE AMALIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cll 56 sur 5 d 70 torre2 ato 109	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	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	05245958	8481946350	I	2018/08/03	2018/08/13	BANCO DE OCCIDENTE	10	$243,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$125,000	$1,000	$0	$126,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$125,000	$1,000	$0	$126,000
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	$800	$0	$98,500
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$97,700	$800	$0	$98,500
TOTAL				**1**	**$241,800**	**$2,000**	**$0**	**$243,800**



aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 28438811		FRANCO MATEUS ELINE AMALIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cll 56 sur 5 d 70 torre2 ato 109	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-08	2018-08	05245958	8481946350	I	2018/08/03	2018/08/13	BANCO DE OCCIDENTE	10	$243,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES														PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$0	$0			$781,242	$19,100		$0	$0		$241,800
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$0	$0			$781,242	$19,100		$0	$0		$241,800
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																						$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$0	$0			$781,242	$19,100		$0	$0		$241,800
1	CC	28438811	FRANCO ELINE																		230201	30	$781,242	$125,000	EPS037	30	$781,242	$97,700		0	$0	$0	14-7	30	$781,242	$19,100	0	$0	$0	No	$241,800
Total	**Afiliados(1)**																						$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$0	$0			$781,242	$19,100		$0	$0		$241,800

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 28438811		FRANCO MATEUS ELINE AMALIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cll 56 sur 5 d 70 torre2 ato 109	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-08	2018-08	05245958	8481946350	I	2018/08/03	2018/08/13	BANCO DE OCCIDENTE	10	$243,800

RESUMEN DE PAGO

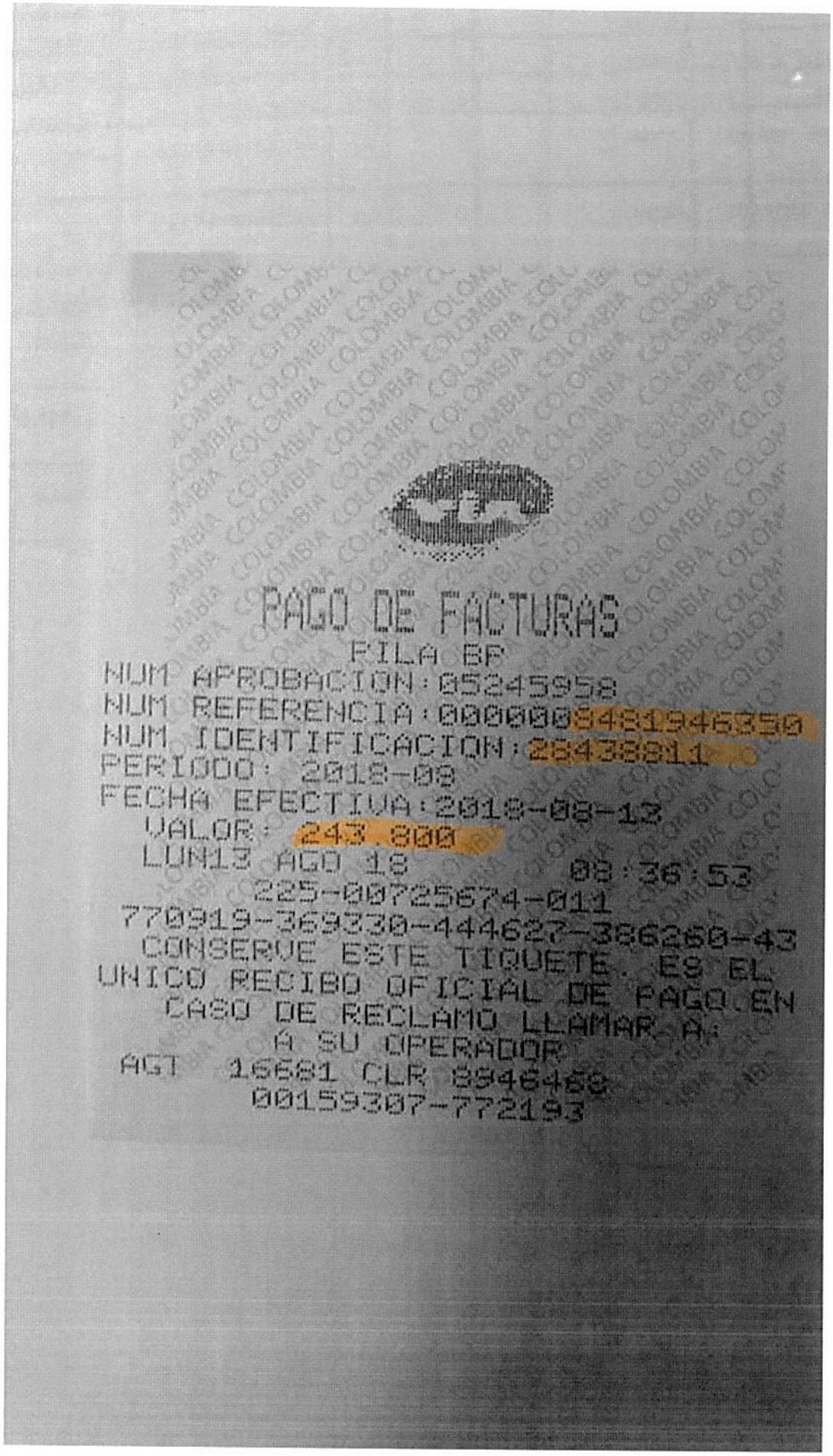
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$125,000	$1,000	$0	$126,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$125,000	$1,000	$0	$126,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$19,100	$200	$0	$19,300
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$19,100	$200	$0	$19,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$97,700	$800	$0	$98,500
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$97,700	$800	$0	$98,500
TOTAL				**1**	**$241,800**	**$2,000**	**$0**	**$243,800**

28438811

2018/09/18 12:09 PM

4340

4740



PAGO DE FACTURAS
PILA BP
NUM APROBACION:05245958
NUM REFERENCIA:0000008481946350
NUM IDENTIFICACION:28438811
PERIODO: 2018-08
FECHA EFECTIVA:2018-08-12
VALOR: 243.800
LUN13 AGO 18 08:36:53
225-0072567 4-011
770919-369330-444627-386260-43
CONSERVE ESTE TIQUETE. ES EL
UNICO RECIBO OFICIAL DE PAGO.EN
CASO DE RECLAMO LLAMAR A:
A SU OPERADOR
AGT 16681 CLR 8946468
00159307-772193

28438811

4740-2018

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 – GESTION DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

4740

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

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 4740 -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:	ELINE AMALIA FRANCO MATEUS			**C.C.**	28.438.811	**de:**	SUCRE SANTANDER
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	2667	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	8480877240
2	AGOSTO	$ 1.500.000	$ 241.800	8481946350
3	SEPTIEMBRE	$1.550.00	$ 241.800	8481946350
4	OCTUBRE	$1,550,000	$241.800	8484922933
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 TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA DESARRROLLANDO 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:** 2018-10-01 **Hasta:** 2018-10-31

	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 lineamentos 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.	Realizar actividades programadas en el cronograma mensual, y realizar las observaciones, pertinentes frente a actividades que se realizaron y que no estaban plasmadas dentro del cronograma mensual
4	apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento contanuo de la calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento ,delos diferentes estandadres de habiliotacion y acreditacion de servicios de salud.	desarrollar el proceso de vacunacion de acuerdo con las guias y manual tecnico administrativo
5	realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida, o componente transversal	reralizar tacticas de vacunacion casa, casa, seguimientos o concentracion, a necesidad o segun cronogramade actividades a realizar
6	diligenciar de mabera adecuada y ordenada y elgiblñe todos los formatos requeridos en las diferentes intevenciones de acuerdo alos anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal	realizar entrega oportuna y calada de losd registros diarios de vacuncion teniendo encuenta su obligacion especifica. Formatos externos(anexo 3)(anexo 3.1)(anexo4)(anexo 5) y formatos internos(concentrimiento informado de vacunacion, fichas seguimientos, actas, formatos , lavados de equipos, preauditorias, 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

Firma del Contratista

C.C. 28.438.811 **de** SUCRE SANTANDER

P. Vargas

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

4190-2018

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 28438811		FRANCO MATEUS ELINE AMALIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cll 56 sur 5 d 70 torre2 ato 109	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	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	696114	8484922933	I	2018/10/03	2018/10/09	BANCO POPULAR	6	$243,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ingretirtdeitaeitdpitapivsplcorvstsisln lge lma lvacavpvlvctirlvlp	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$0	$0			$781,242	$19,100		$0	$0		$241,800
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$0	$0			$781,242	$19,100		$0	$0		$241,800
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$0	$0			$781,242	$19,100		$0	$0		$241,800
1	CC	28438811	FRANCO ELINE	230201	30	$781,242	$125,000	EPS037	30	$781,242	$97,700		0	$0	$0	14-7	30	$781,242	$19,100	0	$0	$0	No	$241,800
Total	**Afiliados(1)**					$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$0	$0			$781,242	$19,100		$0	$0		$241,800

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 28438811		FRANCO MATEUS ELINE AMALIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cll 56 sur 5 d 70 torre2 ato 109	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	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	696114	8484922933	I	2018/10/03	2018/10/09	BANCO POPULAR	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
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$97,700	$500	$0	$98,200
TOTAL				**1**	**$241,800**	**$1,200**	**$0**	**$243,000**

28438811

2018/10/17 06:08 AM

4-10-2018

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL

CONSTANCIA POR PÉRDIDA DE DOCUMENTOS Y/O ELEMENTOS

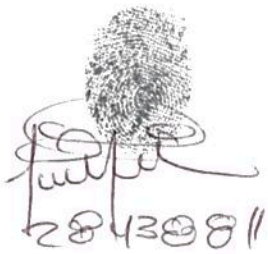
Se expide el: miércoles, 17 de octubre de 2018 **Consecutivo Nro.:** **2843881124051218**

La Policía Nacional de Colombia Certifica que el día 17/10/2018, a las 7:11 a. m. el(La) señor(a) ELINE FRANCO FRANCO MATEUS identificado(a) con 7 No. 28438811, reportó el extravío del(los) documento(s) o elemento(s) relacionado(s) a continuación:

Tipo documento/elemento	Número	Descripción	Marca	Modelo
Factura	84844922933	PERDIDA DEL BAUCHER DE PAGO SAI		

La presente constancia se puede verificar en www.policia.gov.co mediante el número de consecutivo 2843881124051218.

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.



4740

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

4740

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 011
VERSIÓN: 01
FECHA: 2017-07-07

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 4740 -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: ELINE AMALIA FRANCO MATEUS **C.C.** 28.438.811 **de:** SUCRE SANTANDER

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	2667	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	8480877240
2	AGOSTO	$ 1.500.000	$ 241.800	8481946350
3	SEPTIEMBRE	$1.550.00	$ 241.800	8481946350
4	OCTUBRE	$1.550.000	$ 241.800	8482077933
5	NOVIEMBRE	$1.550.000	$ 241.800	8484180746
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	9.055.000	7.250.000	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 ENFERMERIA DESARRROLLANDO ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Relacion 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 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.	Realizar actividades programadas en el cronograma mensual, y realizar las observaciones, pertinentes frente a actividades que se realizaron y que no estaban plasmadas dentro del cronograma mensual
4	apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de la calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento delos diferentes estandares de habilitacion y acreditacion de servicios de salud	desarrollar el proceso de vacunacion de acuerdo con las guias y manual tecnico administrativo
5	realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida, o componente transversal	reralizar tacticas de vacunacion casa, casa, seguimientos o concentracion, a necesidad o segun cronogramade actividades a realizar
6	dilogenciar de mabera adecuada y ordenada y elgiblhe todos los formatos requeridos en las diferentes intevenciones de acuerdo alos anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal	realizar entrega oportuna y calada de losd registros diarios de vacuncion teniendo encuenta su obligacion especifica. Formatos extemos(anexo 3)(anexo 3.1)(anexo4)(anexo 5) y formatos internos(concentimiento informado de vacunacion, fichas seguimientos, actas, formatos , lavados de equipos, preanditorias, 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 tambien la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro

Firma del Contratista

C.C. 28.438.811 **de** SUCRE SANTANDER

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

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	irsal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 28438811		FRANCO MATEUS ELINE AMALIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cll 56 sur 5 d 70 torre2 ato 109	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-10	2018-10	84188546	8484188546	I	2018/11/06	2018/11/14	BANCO AV VILLAS	8	$243,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$125,000	$800	$0	$125,800
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$125,000	$800	$0	$125,800
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
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$97,700	$600	$0	$98,300
TOTAL				1	$241,800	$1,600	$0	$243,400

PAGADO

Eline Amalia Franco
28438811

47 46

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	ursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 28438811		FRANCO MATEUS ELINE AMALIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cll 56 sur 5 d 70 torre2 ato 109	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-10	2018-10	84188546	8484188546	I	2018/11/06	2018/11/14	BANCO AV VILLAS	8	$243,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	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 28438811	FRANCO ELINE	230201	30	$781,242	$125,000	EPS037	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



Eline A Franco
28438811

2018/11/14 12:46 PM

47-40

Banco AV Villas

COMPROBANTE PAGO DE PLANILLA ASISTIDA PILA

Número identificación del Aportante / Pin Único	Valor a Pagar $:
28438811	243.400

Si usted va a realizar el pago con el número de Planilla, diligencie esta sección:

PAGO CON NÚMERO DE PLANILLA

Número de Planilla: 84841885 46

Si usted va a realizar el pago con Pin Único, diligencie esta sección:

PAGO CON PIN ÚNICO

Operador de Información: Aportes En Linea

Periodo de Cotización a Pagar: Año 2018 Mes 10

CAP-FRO-083 V2

ESTIMADO CLIENTE:
VERIFIQUE QUE LA INFORMACIÓN IMPRESA EN EL COMPROBANTE SEA CORRECTA Y QUE EL VALOR REGISTRADO CORRESPONDA AL VALOR ORDENADO POR USTED. EL BANCO NO TENDRA COPIA DE ESTE FORMATO. EL SOPORTE DE LA TRANSACCIÓN SERÁ EL REGISTRO EN EL SISTEMA. RECUERDE QUE ÉSTE SERÁ EL ÚNICO SOPORTE FÍSICO DE SU TRANSACCION. CONSERVELO PARA CUALQUIER VERIFICACIÓN.

```
AV 080 20181114 10:41 SC 401  LINEA   D
VR PAGADO:      243,400.00
NOMBRE:APORTES EN LINEA
CLAVE:848418854                    0
ID:28438811
Fecha Aplicación:20181114   PIN:104122
Estimado cliente: Verifique los datos de
su pago. Después de retirarse de la
ventanilla no se aceptan reclamos.
```

PORTECO S.A.

Irene A Franco
28438811.

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 4740 - 2018 | C.D.P. No.: 2423 | Proceso al que pertenec: PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PSPIC

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

Nombre del Contratista: ELINE AMALIA FRANCO MATEUS | C.C. 28.438.811 | de: SUCRE SANTANDER

Fecha Inicio: 2018-07-09 | Fecha Terminación incial: 2018-08-08 | Valor Mensual: $ 1.550.000 | Valor a cobrar: $ 1.550.000

ADICION / OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 1.500.000	2667	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	8480877240
2	AGOSTO	$ 1.500.000	$ 241.800	8481946350
3	SEPTIEMBR	$1.550.00	$ 241.800	8481946350
4	OCTUBRE	$1,550,000	$ 241.800	8484922933
5	NOVIEMBRI	$1,550,000	$ 241.800	8484185846
6	DICIEMBRE	$1,550,000	$ 241.800	8485371412
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	8,800,000	$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 DESARRROLLANDO 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 per: 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 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	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 plasmadas dentro del cronograma mensual
4	apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de la calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento ,delos diferentes estandadres de	desarrollar el proceso de vacunacion de acuerdo con las guias y manual tecnico administrativo
5	realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida, o componente transversal	reralizar tacticas de vacunacion casa, casa, seguimientos o concentracion, a necesidad o según cronogramade actividades a realizar
6	diligenciar de mabera adecuada y ordenada y elgibine todos los formatos requeridos en las diferentes intevenciones de acuerdo alos anexos operativos de cada espacio de vida o	realizar entrega oportuna y caliada de losd registros diarios de vacuncion teniendo encuenta su obligacion especifica. Formatos externos(anexo 3)(anexo 3.1)(anexo4)(anexo 5) y formatos internos(concentimiento informado de vacunacion, fichas seguimientos, actas, formatos , lavados
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

Firma del Contratista

C.C. 28.438.811 de SUCRE SANTANDER

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	LUZ ADRIANA CASTAÑEDA
CARGO:	REFERENTE DE GESTION PROGRAMAS Y ACCIO
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 28438811		FRANCO MATEUS ELINE AMALIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cll 56 sur 5 d 70 torre2 ato 109	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	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	50877965	8485371412	I	2018/12/05	2018/12/11	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	28438811	FRANCO ELINE	230201	30 $781,242	$125,000	EPS037	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

Eline franco
28438811

2018/12/11 01:07 PM

aportes en línea

Resumen General de Pago

4940

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 28438811		FRANCO MATEUS ELINE AMALIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cll 56 sur 5 d 70 torre2 ato 109	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	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	50877965	8485371412	I	2018/12/05	2018/12/11	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
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$97,700	$500	$0	$98,200
TOTAL				1	$241,800	$1,200	$0	$243,000

PAGADO



2018/12/11 01:07 PM

4740

PAGO DE FACTURAS
PILA BP
NUM APROBACION:00877965
NUM REFERENCIA:000000848537 1412
NUM IDENTIFICACION:28438811
PERIODO: 2018-11
FECHA EFECTIVA:2018-12-11
VALOR: 243.000
MAR 11 DIC 18 09:01:25
345-06955381-001
779864-082686-244613-820260-40
CONSERVE ESTE TIQUETE. ES EL
UNICO RECIBO OFICIAL DE PAGO EN
CASO DE RECLAMO LLAMAR A
LA SU OPERADOR
AGT 11567 CLR 52855037
001873E5-276537



Elaborado
28438811