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-5244-2018 **C.D.P. No.:** 2648

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

Unidad a la que pertenece: SALUD PUBLICA - VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA

Nombre del Contratista: DIANA LEONOR VALDERRAMA BELTRAN **C.C.** 53.045.197 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2018-07-26 **Fecha Terminación incial:** 2018-08-25 **Valor Mensual:** $ 1.500.000 **Valor a cobrar:** $ 1.500.000

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
	$ 6.605.000		2018-08-26	2019-01-03
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	AGOSTO	$ 1.500.000	$ 241.800	4229122245
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	$ 8.105.000	$ 1.500.000	$ 6.605.000

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:** 2018-08-01 **Hasta:** 2018-08-30

	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	1. Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE
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 al ANEXO	2. Apoyar la prestación de servicios en el PIC, presentando la información
3	4. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.	Entrega de soporte carta de pago mes Agosto 2018

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

Diana L Valderrama B
Firma del Contratista

C.C. 53.045.197 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	MILTON CARDOZO CRUZ
CARGO:	REFERENTE ESPACIO VIVIENDA
FIRMA	

SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN: CÉDULA DE CIUDADANÍA NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 53045197
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: DIANA LEONOR VALDERRAMA BELTRAN
CIUDAD/MUNICIPIO: BOGOTA DISTRITO CAPITAL DEPARTAMENTO: BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN: CL 40 SUR NO. 3 A - 35 ESTE TELÉFONO: 2063077
TIPO APORTANTE: 02-INDEPENDIENTE CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA: PRIVADA ACTIVIDAD ECONÓMICA: Personas Naturales sin Actividad Económica
FORMA DE PRESENTACIÓN: UNICO
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA: 4229122245 TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS: MES agosto AÑO 2018 PERIODO COTIZACIÓN SALUD: MES agosto AÑO 2018
DÍAS DE MORA: 0
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): 2018/08/15 NÚMERO AUTORIZACIÓN: 99905765 98

TOTAL APORTES A PENSIÓN

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	VALOR PAGADO
231001	231001-COLFONDOS	1	$ 125.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 125.000	$ 0	$ 125.000
SUBTOTALES:										**$ 125.000**	**$ 0**	**$ 125.000**

TOTAL APORTES A SALUD

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN UPC	MORA COTIZACIÓN	MORA UPC	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS008	EPS008-COMPENSAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 97.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 97.700	$ 0	$ 0	$ 97.700
SUBTOTALES:													**$ 97.700**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 97.700**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-7	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 19.100	$ 19.100	$ 0	$ 0	$ 19.100
SUBTOTALES:									**$ 19.100**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 19.100**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	SAL INTEGRAL	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	NOVEDADES INC	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	SEGURIDAD SOCIAL PENSIÓN DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	SALUD ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VR UPC	TOTAL APORTE	ARP ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	PARAFISCALES CCF DÍAS COT	IBC	SENA ADMIN	ICBF TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 53045197	VALDERRAMA BELTRAN DIANA LEONOR	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		$ 781.242		NO																			231001-COLFONDOS	30	5 781.242	$ 125.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 125.000	EPS008-COMPENSAR	30	$ 781.242	$ 97.700	$ 0	$ 97.700	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	30	$ 781.242	53045197	$ 19.100		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL **$ 241.800**

EMPRESA: EFECTIVO LTDA.
NIT 830.131.993-1
Calle 96 No. 12-55 Bogota

ORDEN DE SERVICIO

No OS: 8615726030 DV: 510051

Cajero: KAFESOSO

Cliente beneficiario:
110263 PILA RECAUDO

Fecha: 15/08/2018 09:44:22

PS Recaudador:
994944 LA VICTORIA PARQUE PRINCIPAL II (T)

Cantidad cupones: 1

Identificacion: 53045197

Nombre:	DIANA
Apellido 1:	LEONOR
Apellido 2:	VALDERRAMA
TIPO DOCUMENTO:	CEDULA DE CIUDADANIA
TELEFONO:	3118313677
Codigo Planilla:	4229122245
Periodo Pago:	2018/08
Valor Comision:	0
Valor Iva Comision:	0

Referencia	Valor
53045197	$241.800,00

Valor recibido: $241.800,00
Forma de pago: EFECTIVO

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario
Conserva este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.
Con la solicitud y aceptacion de mi parte, de la prestacion de este servicio, entiendasa que manifiesto verbalmente mi autorizacion para el tratamiento de los datos personales que voluntariamente he entregado a Efectivo Ltda., Estos datos pueden ser utilizados unica y exclusivamente para la prestacion del servicio convenido.
Linea de servicio al cliente: (1) 6510101
servicioalcliente@efecty.com.co
www.efecty.com.co

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-5244-2018	**C.D.P. No.:**	2648	**Proceso al que pertenece:**	PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC
				Unidad a la que pertenece:	SALUD PUBLICA - VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA

Nombre del Contratista: DIANA LEONOR VALDERRAMA BELTRAN **C.C.** 53.045.197 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2018-07-26 **Fecha Terminación Inicial:** 2018-08-25 **Valor Mensual:** $ 1.550.000 **Valor a cobrar:** $ 1.550.000

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 6.605.000	2857	2018-08-26	2018-08-30
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	AGOSTO	$ 1.500.000	$ 241.800	4229122245
2	SEPTIEMBRE	$ 1.550.000	$ 241.800	4235190325
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 1.500.000	$ 8.605.000	$ 3.550.000	$ 5.055.000

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:** 2018-09-01 **Hasta:** 2018-09-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las establecidas 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	1, desarrollar acciones en el espacio de vivienda de acuerdoel lineamiento establecidos de la secretaria de salud y oumplir con los direccionamientos establecidos desde el superior del contrato
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 al ANEXO	2, recepcion de cronograma ubicación del domicilio: el gestor realizara las visitas diarias de acuerdo con la ruta dispuesta por el geografo y notificar diariamente a la lider por medio de un informe de visitas reportando las realizadas y fallidas, ejecucion de la visita: 6 diarias, aplicacion del instrumento de identificacion de necesidades de atencion en acciones de proteccion especifica y deteccion temprana,
3	3. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.	3, realizar apropiacion conceptual de los lineamientos suministrados por la secretaria de salud.
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 estandares de habilitacion y acreditacion de servicio de salud	4, diligenciamiento del cronograma mensualmente en el que se consignan las actividades programas durante el mes acordes a las acciones establecidas en el lineasmiento y según directriz de la subred.
5	realizar las visitsas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente trasversal	5, realizar tamizaje a usuarios que asisten a la estrategia de gestion del riesgo según anexos operativos dados por lod lineamientos de la S.D.S
6	diligenciar de manera completa adecuada y ordenada y legible todos los formatos requeridos en las diferentes intervenciones de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida y componente trasversal	6, Entrega oportuna completa y ordenada de formetos requeridos según accion integrada.

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

Diana Valderrama B
Firma del Contratista

C.C. 53.045.197 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	MILTON CARDOZO CRUZ
CARGO:	REFERENTE ESPACIO VIVIENDA
FIRMA	

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

ACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	53045197	
ZÓN SOCIAL:		DIANA LEONOR VALDERRAMA BELTRAN	
IPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL	
	CL 40 SUR NO. 3 A - 35 ESTE TELÉFONO:	2063077	
ITE:	02-INDEPENDIENTE CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE	
	PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA:	Personas Naturales sin Actividad Económica	
ESENTACIÓN:	ÚNICO		
ONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):		NO	

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	4235190325	TIPO DE PLANILLA:					I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES septiembre AÑO	2018	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:		MES	septiembre	AÑO 2018
DÍAS DE MORA:	0						
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2018/09/12	NÚMERO AUTORIZACIÓN:					9990991851

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
231001-COLFONDOS	1	$ 125.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 125.000	$ 0	$ 125.000
									$ 125.000	$ 0	$ 125.000

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS008-COMPENSAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 97.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 97.700	$ 0	$ 0	$ 97.700
												$ 97.700	$ 0	$ 0	$ 97.700

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 19.100	$ 19.100	$ 0	$ 0	$ 19.100
								$ 19.100	$ 0	$ 0	$ 19.100

Planilla Pagada

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE							NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																		PARAFISCALES							
NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	SAL INTEGRAL	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN						SALUD						ARP						CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU	
																									ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
VALDERRAMA BELTRAN DIANA LEONOR	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		$ 781.242				NO																		231001-COLFONDOS	30	$ 781.242	$ 125.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 125.000	EPS008-COMPENSAR	30	$ 781.242	$ 97.700	$ 0	$ 97.700	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	30	$ 781.242	53045197	$ 19.100		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0		

TOTAL	$ 241.800

EMPRESA: EFECTIVO LTDA.
NIT.830.131.993-1
Calle 96 No. 12-55 Bogota

ORDEN DE SERVICIO

No OS: 8625531758 DV: 350985

Cajero: SACAALSA

Cliente beneficiario:
110263 PILA RECAUDO

Fecha: 12/09/2018 15:30:55

PS Recaudador:
994944 LA VICTORIA PARQUE PRINCIPAL II
(T)

Cantidad cupones: 1

Identificacion: 53045197

Nombre:	DIANA LEONOR
Apellido 1:	VALDERRAMA
Apellido 2:	NOA
TIPO DOCUMENTO:	CEDULA DE CIUDADANIA
TELEFONO	1010010101
Codigo Planilla:	42351903251
Periodo Pago:	2018/09
Valor Comision:	0
Valor Iva Comision:	0
Referencia	Valor
53045197	$241.800,00

Valor recibido: $241.800,00
Forma de pago: EFECTIVO

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.
Con la solicitud y aceptacion de mi parte, de la prestacion de este servicio, entiendase que manifiesto verbalmente mi autorizacion para el tratamiento de los datos personales que voluntariamente he entregado a Efectivo Ltda., estos datos pueden ser utilizados unica y exclusivamente para la prestacion del servicio convenido.
Linea de servicio al cliente: (1) 651010
servicioalcliente@efecty.com.co
www.efecty.com.co

59

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-5244-2018 **C.D.P. No.:** 2648

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

Unidad a la que perten: SALUD PUBLICA - VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA

Nombre del Contratista: DIANA LEONOR VALDERRAMA BELTRAN **C.C.** 53.045.197 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2018-07-26 **Fecha Terminación incial:** 2018-08-25 **Valor Mensua** $ 1.550.000 **Valor a cobrar:** $ 1.550.000

ADICION / OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 6.605.000	2857	2018-08-26	2019-01-04
2			2019-01-04	2019-03-03
3	$ 3.100.000	8		
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD	NÚMERO DE PLANILLA
1	AGOSTO	$ 1.500.000	$ 241.800	4229122245
2	SEPTIEMBR	$ 1.550.000	$ 241.800	4235190325
3	OCTUBRE	$ 1.550.000	$ 241.800	4242787272
4	NOVIEMBR	$ 878.337	$ 241.800	4247960282
5	DICIEMBRE	$ 1.550.000	$ 241.800	4247960282
6	ENERO	$ 1.550.000	$ 241.800	4252872634
7				
8				
9				
10				
11				
12				

Resumen de contrato	VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
	$ 1.500.000	$ 9.705.000	$ 8.155.000	$ 1.550.000

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 p **Desde:** 2019-01-01 **Hasta:** 2019-01-30

	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	1, desarrollar acciones en el espacio de vivienda de acuerdoel lineamiento establecidos de la secretaria de salud y cumplir con los direccionamientos establecidos desde el superior del contrato
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 al ANEXO	2, recepcion de cronograma ubicación del domicilio: el gestor realizara las visitas diarias de acuerdo con la ruta dispuesta por el geografo y notificar diariamente a la lider por medio de un informe de visitas reportando las realizadas y fallidas, ejecucion de la visita: 6 diarias, aplicacion del instrumento de identificacion de necesidades de atencion en acciones de proteccion especifica y deteccion temprana,
3	3. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.	3, realizar apropiacion conceptual de los lineamientos suministrados por la secretaria de salud.
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 estandares de habilitacion y acreditacion de servicio de salud,	4, diligenciamiento del cronograma mensualmente en el que se consignan las actividades programas durante el mes acordes a las acciones establecidas en el lineasmiento y según directriz de la subred.
5	realizar las visitsas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente trasversal	5, realizar tamizaje a usuarios que asisten a la estrategia de gestion del riesgo según anexos operativos dados por lod lineamientos de la S.D.S
6	diligenciar de manera completa adecuada y ordenada y legible todos los formatos requeridos en las diferentes intervenciones de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida y componente trasversal	6, Entrega oportuna completa y ordenada de formatos requeridos según accion integrada.

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

Diana Valderrama B

Firma del Contratista

C.C. 53.045.197 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	MILTON CARDOZO CRUZ
CARGO:	REFERENTE ESPACIO VIVIENDA
FIRMA	

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	53045197
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			DIANA LEONOR VALDERRAMA BELTRAN
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CL 40 SUR NO. 3 A - 35 ESTE	TELÉFONO:	2063077
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Personas Naturales sin Actividad Económica
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**4252872634**	TIPO DE PLANILLA:					I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES diciembre	AÑO 2018	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	diciembre	AÑO	2018
DÍAS DE MORA:	0						
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2019/01/10	NÚMERO AUTORIZACIÓN:					9992849791

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
231001	231001-COLFONDOS	1	$ 125.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 125.000	$ 0	$ 125.000
SUBTOTALES:										$ 125.000	$ 0	$ 125.000

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS008	EPS008-COMPENSAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 97.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 97.700	$ 0	$ 0	$ 97.700
SUBTOTALES:													$ 97.700	$ 0	$ 0	$ 97.700

Planilla Pagada

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-7	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 19.100	$ 19.100	$ 0	$ 0	$ 19.100
SUBTOTALES:									$ 19.100	$ 0	$ 0	$ 19.100

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																					SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES									
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	SAL INTEGRAL	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN								SALUD						ARP										CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU	
																											ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL PENSIONES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 53045197	VALDERRAMA BELTRAN DIANA LEONOR	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		$ 781.242				NO																		231001-COLFONDOS	30	$ 781.242	$ 125.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 125.000	EPS008-COMPENSAR	30	$ 781.242	$ 97.700	$ 0	$ 97.700	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	30	$ 781.242	53045197	$ 19.100		$ 0		$ 0	$ 0				

TOTAL	$ 241.800

Planilla Pagada

EMPRESA: EFECTIVO LTDA.
NIT.830.191.993-1
Calle 96 No. 12-55 Bogota

ORDEN DE SERVICIO

No OS: 8667788832 DV: 914381

Cajero: CINARUBE

Cliente beneficiario:
110263 PILA RECAUDO

Fecha: 10/01/2019 16:54:06

PS Recaudador:
994944 LA VICTORIA PARQUE PRINCIPAL II (T)

Cantidad cupones: 1

Identificacion: 53045197

Nombre:	DIANA LEONOR
Apellido 1:	VALDERRAMA
Apellido 2:	BELTRAN
TIPO DOCUMENTO:	CEDULA DE CIUDADANIA
TELEFONO:	3115537069
Codigo Planilla:	425267263
Periodo Pago:	2018/12
Valor Comision:	0
Valor Iva Comision:	0

Referencia	Valor
53045197	$241.800,00

Valor recibido: $241.800,00
Forma de pago: EFECTIVO

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.
Con la solicitud y aceptacion de mi parte, de la prestacion de este servicio, entiendase que manifiesto verbalmente mi autorizacion para el tratamiento de los datos personales que voluntariamente he entregado a Efectivo Ltda., Estos datos pueden ser utilizados unica y exclusivamente para la prestacion del servicio convenido.
Linea de servicio al cliente: (1) 6510101
servicioalcliente@efecty.com.co
www.efecty.com.co

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-5244-2018	**C.D.P. No.:**	2648	**Proceso al que pertenece:**	PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC
				Unidad a la que pertenece:	SALUD PUBLICA - VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA

Nombre del Contratista: DIANA LEONOR VALDERRAMA BELTRAN **C.C.** 53.045.197 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2018-07-26 **Fecha Terminación incial:** 2018-08-25 **Valor Mensual:** $ 1.550.000 **Valor a cobrar:** $ 1.550.000

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 6.605.000	2857	2018-08-26	2018-08-30
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	AGOSTO	$ 1.500.000	$ 241.800	4229122245
2	SEPTIEMBRE	$ 1.550.000	$ 241.800	4235190325
3	OCTUBRE	$ 1.550.000	$ 241.800	4242787272
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 1.500.000	$ 8.605.000	$ 3.550.000	$ 3.505.000

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:** 2018-10-01 **Hasta:** 2018-10-30

	OBLIGACIONES ESPECIFICAS (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	1, desarrollar acciones en el espacio de vivienda de acuerdoel lineamiento establecidos de la secretaria de salud y cumplir con los direccionamientos establecidos desde el superior del contrato
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 al ANEXO	2, recepcion de cronograma ubicación del domicilio: el gestor realizara las visitas diarias de acuerdo con la ruta dispuesta por el geografo y notificar diariamente a la lider por medio de un informe de visitas reportando las realizadas y fallidas, ejecucion de la visita: 6 diarias, aplicacion del instrumento de identificacion de necesidades de atencion en acciones de proteccion especifica y deteccion temprana,
3	3. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.	3, realizar apropiacion conceptual de los lineamientos suministrados por la secretaria de salud.
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 estandares de habilitacion y acreditacion de servicio de salud	4, diligenciamiento del cronograma mensualmente en el que se consignan las actividades programas durante el mes acordes a las acciones establecidas en el lineasmiento y según directriz de la subred.
5	realizar las visitsas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente trasversal	5, realizar tamizaje a usuarios que asisten a la estrategia de gestion del riesgo según anexos operativos dados por lod lineamientos de la S.D.S
6	diligenciar de manera completa adecuada y ordenada y legible todos los formatos requeridos en las diferentes intervenciones de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida y componente trasversal	6, Entrega oportuna completa y ordenada de formatos requeridos según accion integrada.

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

Diana Valderrama
Firma del Contratista

C.C. 53.045.197 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	MILTON CARDOZO CRUZ
CARGO:	REFERENTE ESPACIO VIVIENDA
FIRMA	

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	53045197
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			DIANA LEONOR VALDERRAMA BELTRAN
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CL 40 SUR NO. 3 A - 35 ESTE	TELÉFONO:	2063077
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Personas Naturales sin Actividad Económica
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	4242787272	TIPO DE PLANILLA:					I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES octubre	AÑO 2018	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	octubre	AÑO	2018
DÍAS DE MORA:	0						
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2018/10/16	NÚMERO AUTORIZACIÓN:					9991452128

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
231001	231001-COLFONDOS	1	$ 125.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 125.000	$ 0	$ 125.000
SUBTOTALES:										$ 125.000	$ 0	$ 125.000

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS008	EPS008-COMPENSAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 97.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 97.700	$ 0	$ 0	$ 97.700
SUBTOTALES:													$ 97.700	$ 0	$ 0	$ 97.700

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-7	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 19.100	$ 19.100	$ 0	$ 0	$ 19.100
SUBTOTALES:									$ 19.100	$ 0	$ 0	$ 19.100

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																		SEGURIDAD SOCIAL																					PARAFISCALES						
N°	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	SAL INTEGRAL	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN								SALUD							ARP																									
																											ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 53045197	VALDERRAMA BELTRAN DIANA LEONOR	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 781.242				NO																		231001-COLFONDOS	30	$ 781.242	$ 125.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 125.000	EPS008-COMPENSAR	30	$ 781.242	$ 97.700	$ 0	$ 97.700	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	30	$ 781.242	53045197	$ 19.100		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0		

TOTAL	$ 241.800

Planilla Pagada

EMPRESA: EFECTIVO LTDA.
NIT.830.131.993-1
Calle 96 No. 12-55 Bogota

ORDEN DE SERVICIO

No OS: 0637015534 OV: 340053

Cajero: CINARUBE

Cliente Beneficiario:
170263 PILA RECAUDO

Fecha: 16/10/2018 13:34:01

PS Recaudador:
994944 LA VICTORIA PARQUE PRINCIPAL II (I)

Cantidad cupones: 1

Identificacion: 53045197

Nombre:	DIANA LEONOR
Apellido 1:	VALDERRAMA
Apellido 2:	BELTRAN
TIPO DOCUMENTO:	CEDULA DE CIUDADANIA
TELEFONO:	3208972617
Codigo Plantilla:	4242787272
Periodo Pago:	2018/10
Valor Comision:	0
Valor Iva Comision:	0

Referencia	Valor
53045197	$241.800,00

Valor recibido: $241.800,00
Forma de pago: EFECTIVO

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.
Con la solicitud y aceptacion de mi parte, de la prestacion de este servicio, entiendase que manifiesto verbalmente mi autorizacion para el tratamiento de los datos personales que voluntariamente he entregado a Efectivo Ltda., Estos datos pueden ser utilizados unica y exclusivamente para la prestacion del servicio convenido.
Linea de servicio al cliente: (1) 6510101
servicioalcliente@efecty.com.co
www.efecty.com.co

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-5244-2018	**C.D.P. No.:**	2648	**Proceso al que pertene**	PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC
				Unidad a la que pertene	SALUD PUBLICA - VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA

Nombre del Contratista: DIANA LEONOR VALDERRAMA BELTRAN **C.C.** 53.045.197 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2018-07-26 **Fecha Terminación incial:** 2018-08-25 **Valor Mensua** $ 1.550.000 **Valor a cobrar:** $ 878.333

ADICION / OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 6.605.000	2857	2018-08-26	2018-08-30
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	AGOSTO	$ 1.500.000	$ 241.800	4229122245
2	SEPTIEMBRE	$ 1.550.000	$ 241.800	4235190325
3	OCTUBRE	$ 1.550.000	$ 241.800	4242787272
4	NOVIEMBRE	$ 878.333	$ 241.800	4247960282
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 1.500.000	$ 8.605.000	$ 4.428.333	$ 2.626.667

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 p **Desde:** 2018-11-14 **Hasta:** 2018-11-30

	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	1, desarrollar acciones en el espacio de vivienda de acuerdoel lineamiento establecidos de la secretaria de salud y cumplir con los direccionamientos establecidos desde el superior del contrato
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 al ANEXO	2, recepcion de cronograma ubicación del domicilio: el gestor realizara las visitas diarias de acuerdo con la ruta dispuesta por el geografo y notificar diariamente a la lider por medio de un informe de visitas reportando las realizadas y fallidas, ejecucion de la visita: 6 diarias, aplicacion del instrumento de identificacion de necesidades de atencion en acciones de proteccion especifica y deteccion temprana,
3	3. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.	3, realizar apropiacion conceptual de los lineamientos suministrados por la secretaria de salud.
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 estandares de habilitacion y acreditacion de servicio de salud,	4, diligenciamiento del cronograma mensualmente en el que se consignan las actividades programas durante el mes acordes a las acciones establecidas en el lineasmiento y según directriz de la subred.
5	realizar las visitsas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente trasversal	5, realizar tamizaje a usuarios que asisten a la estrategia de gestion del riesgo según anexos operativos dados por lod lineamientos de la S.D.S
6	diligenciar de manera completa adecuada y ordenada y legible todos los formatos requeridos en las diferentes intervenciones de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida y componente trasversal	6, Entrega oportuna completa y ordenada de formatos requeridos según accion integrada.

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

Diana C Valderrama B
Firma del Contratista

C.C. 53.045.197 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	MILTON CARDOZO CRUZ
CARGO:	REFERENTE ESPACIO VIVIENDA
FIRMA	

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	53045197
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			DIANA LEONOR VALDERRAMA BELTRAN
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CL 40 SUR NO. 3 A - 35 ESTE	TELÉFONO:	2063077
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Personas Naturales sin Actividad Económica
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO		

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	4247960282	TIPO DE PLANILLA:					I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES noviembre	AÑO 2018	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:		MES noviembre	AÑO	2018
DÍAS DE MORA:	0						
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2018/11/19	NÚMERO AUTORIZACIÓN:					9991921970

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
231001	231001-COLFONDOS	1	$ 125,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 125,000	$ 0	$ 125,000
SUBTOTALES:										$ 125,000	$ 0	$ 125,000

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS008	EPS008-COMPENSAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 97,700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 97,700	$ 0	$ 0	$ 97,700
SUBTOTALES:													$ 97,700	$ 0	$ 0	$ 97,700

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-7	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 19,100	$ 19,100	$ 0	$ 0	$ 19,100
SUBTOTALES:									$ 19,100	$ 0	$ 0	$ 19,100

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | |

EMPRESA: EFECTIVO LTDA.
NIT 830.131.993-1
Calle 96 No. 12-55 Bogota

ORDEN DE SERVICIO

No OS: 8648616932

OV: 990693

Cajero: EDGARCRUZ

Cliente beneficiario:
110263 PILA REPAUDO

Fecha: 19/11/2018 12:03:15

PS Recaudador:
994944 LA VICTORIA PARQUE PRINCIPAL II (T)

Cantidad cupones: 1

Identificacion: 53045197

Nombre: DIANA LEONOR
Apellido 1: VALDERRAMA
Apellido 2: BELTRAN
TIPO DOCUMENTO: CEDULA DE CIUDADANIA
TELEFONO: 3112319629
Codigo Planilla 4247960282
Periodo Pago: 2018/11
Valor Comision: 0
Valor Iva Comision: 0
Referencia valor
53045197 $241.800,00

Valor recibido: $241.800,00
Forma de pago: EFECTIVO

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario

Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.

Con la solicitud y aceptacion de mi parte, de la prestacion de este servicio, entiendase que manifiesto verbalmente mi autorizacion para el tratamiento de mis datos personales que voluntariamente he entregado a Efectivo Ltda., Estos datos pueden ser utilizados unica y exclusivamente para la prestacion del servicio convenido.

Linea de servicio al cliente: (1) 6510101

servicioalcliente@efecty.com.co
www.efecty.com.co

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-5244-2018	**C.D.P. No.:**	2648	**Proceso al que pertene**	PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PSPIC
				Unidad a la que perten	SALUD PUBLICA - VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA

Nombre del Contratista: DIANA LEONOR VALDERRAMA BELTRAN **C.C.** 53.045.197 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2018-07-26 **Fecha Terminación incial:** 2018-08-25 **Valor Mensua** $ 1.550.000 **Valor a cobrar:** $ 1.550.000

ADICION / OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 6.605.000	2857	2018-08-26	2019-01-04
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD	NÚMERO DE PLANILLA
1	AGOSTO	$ 1.500.000	$ 241.800	4229122245
2	SEPTIEMBR	$ 1.550.000	$ 241.800	4235190325
3	OCTUBRE	$ 1.550.000	$ 241.800	4242787272
4	NOVIEMBR	$ 878.337	$ 241.800	4247960282
5	DICIEMBRE	$ 1.550.000	$ 241.800	4247960282
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

Resumen de contrato	VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
	$ 1.500.000	$ 8.105.000	$ 7.135.000	$ 970.000

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 p **Desde:** 2018-12-01 **Hasta:** 2018-12-30

	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	1, desarrollar acciones en el espacio de vivienda de acuerdoel lineamiento establecidos de la secretaria de salud y cumplir con los direccionamientos establecidos desde el superior del contrato
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 al ANEXO	2, recepcion de cronograma ubicación del domicilio: el gestor realizara las visitas diarias de acuerdo con la ruta dispuesta por el geografo y notificar diariamente a la lider por medio de un informe de visitas reportando las realizadas y fallidas, ejecucion de la visita: 6 diarias, aplicacion del instrumento de identificacion de necesidades de atencion en acciones de proteccion especifica y deteccion temprana,
3	3. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.	3, realizar apropiacion conceptual de los lineamientos suministrados por la secretaria de salud.
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 estandares de habilitacion y acreditacion de servicio de salud,	4, diligenciamiento del cronograma mensualmente en el que se consignan las actividades programas durante el mes acordes a las acciones establecidas en el lineasmiento y según directriz de la subred.
5	realizar las visitsas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente trasversal	5, realizar tamizaje a usuarios que asisten a la estrategia de gestion del riesgo según anexos operativos dados por lod lineamientos de la S.D.S
6	diligenciar de manera completa adecuada y ordenada y legible todos los formatos requeridos en las diferentes intervenciones de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida y componente trasversal	6, Entrega oportuna completa y ordenada de formatos requeridos según accion integrada.

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

Diana Valderrama B
Firma del Contratista

C.C. 53.045.197 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	MILTON CARDOZO CRUZ
CARGO:	REFERENTE ESPACIO VIVIENDA
FIRMA	

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	53045197
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			DIANA LEONOR VALDERRAMA BELTRAN
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CL 40 SUR NO. 3 A - 35 ESTE	TELÉFONO:	2063077
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Personas Naturales sin Actividad Económica
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO		

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	4247960282	TIPO DE PLANILLA:					I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES noviembre	AÑO 2018	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES noviembre	AÑO		2018
DIAS DE MORA:	0						
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2018/11/19	NÚMERO AUTORIZACIÓN:					9991921970

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
231001	231001-COLFONDOS	1	$ 125,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 125,000	$ 0	$ 125,000
SUBTOTALES:										$ 125,000	$ 0	$ 125,000

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS008	EPS008-COMPENSAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 97,700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 97,700	$ 0	$ 0	$ 97,700
SUBTOTALES:													$ 97,700	$ 0	$ 0	$ 97,700

Planilla Pagada

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-7	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 19,100	$ 19,100	$ 0	$ 0	$ 19,100
SUBTOTALES:									$ 19,100	$ 0	$ 0	$ 19,100

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																		SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES						
																											PENSIÓN								SALUD						ARP													
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	SAL INTEGRAL	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 53045197	VALDERRAMA BELTRAN DIANA LEONOR	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 781,242				NO																		231001-COLFONDOS	30	$ 781,242	$ 125,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Norma	$ 125,000	EPS008-COMPENSAR	30	$ 781,242	$ 97,700	$ 0	$ 97,700	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	30	$ 781,242	53045197	$ 19,100	$ 0	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0		

TOTAL	$ 241.800

Planilla Pagada

EMPRESA: EFECTIVO LTDA.
NIT.830.131.993-1
Calle 96 No. 12-55 Bogota

ORDEN DE SERVICIO

No OS: 8648616932 DV: 990693

Cajero: EDGARCRUZ

Cliente beneficiario:
110263 PILA RECAUDO

Fecha: 19/11/2018 12:03:15

PS Recaudador:
994944 LA VICTORIA PARQUE PRINCIPAL II (T)

Cantidad cupones: 1

Identificacion: 53045197

Nombre: DIANA LEONOR
Apellido 1: VALDERRAMA
Apellido 2: BELTRAN
TIPO DOCUMENTO: CEDULA DE CIUDADANIA
TELEFONO: 3112319629
Codigo Planilla: 424796028?
Periodo Pago: 2018/11
Valor Comision: 0
Valor Iva Comision: 0
Referencia
53045197

Valor recibido: $241.800,00
Forma de pago: $241.800,00 EFECTIVO

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.
Con la solicitud y aceptacion de mi parte, de la prestacion de este servicio, entiendase que manifiesto verbalmente mi autorizacion para el tratamiento de los datos personales que voluntariamente he entregado a efectivo Ltda., Estos datos pueden ser utilizados unica y exclusivamente para la prestacion del servicio convenido.
Linea de servicio al cliente: (1) 6510101
servicioalcliente@efecty.com.co
www.efecty.com.co