PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2019-09-19, 08:49:17 AM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1023310560 **Referencia pago(PIN)** 8896949580

Periodo Cotización 201908 **Periodo Servicio** 201908

Cliente:

PAGADA 2019-09-18

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	DIANA KATERIN PAEZ PENA				
Documento	CC 1016018098	**Dirección**	CALLE 75 B # SUR 2-31		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3202971616		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1016018098		**Residente**		**Exonerado**	**N**	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	03	00					PAEZ PENA DIANA KATERIN	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

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

Novedades																									Extranjero	S. Integral	Salario	Pensión							Salud							Riesgos						Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF						Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	0	0			$ 828.116	230201		16 %	$ 828.116	$ 132.500	$ 0	$ 0	EPS002		12.5 %	$ 828.116	$ 103.600	$ 0	NIN-AR		0.000 %	$ 0	$ 0	NIN-CC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PROTECCION (ING + PROTECCION)	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	SALUD TOTAL EPS	NINGUNA ARP	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 132.500	$ 0	$ 0	$ 103.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 236.100

Riesgo IV - Seguros Bolivar.

Julio Rdo

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 -
¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

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

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

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 0471	**C.D.P. No.:**	98	**Proceso al que pertenece:**	PARTICIPACIÓN CIUDADANA Y SERVICIO AL CIUDADANO (PROGRAMA RUTA DE LA SALUD)
				Unidad a la que pertenece:	RAFAEL URIBE URIBE (PROGRAMA RUTA DE LA SALUD)

Nombre del Contratista: DIANA KATERIN PAEZ PEÑA **C.C.** 1.016.018.098 **de:** BOGOTA D.C

Fecha Inicio: 2019-01-16 **Fecha Terminacion inicial:** 2019-04-10 **Valor Mensual:** $ 1.410.000 **Valor a cobrar:** $ 1.410.000

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 4.230.000	08	2019-04-11	2019-07-10
2	$ 2.820.000	1702	2019-07-11	2019-09-10
3	$ 1.410.000	2281	2019-09-11	2019-10-10
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	Enero 2019	$ 705.000	$ 236.100	10174941001
2	Febrero 2019	$ 1.410.000	$ 236.100	10180433546
3	Marzo 2019	$ 1.410.000	$ 236.100	10191888108
4	Abril 2019	$ 1.410.000	$ 236.100	10198989176
5	Mayo 2019	$ 1.410.000	$ 236.100	10206301864
6	Junio 2019	$ 1.410.000	$ 236.100	10213079165
7	Julio 2019	$ 1.410.000	$ 236.100	10219555081
8	Agosto 2019	$ 1.410.000	$ 236.100	10226703134
9	Septiembre 2019	$ 1.410.000	$ 236.100	10233310560
10				
11				
12				
13				
14				
15				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 3.995.000	$ 12.455.000	$ 11.985.000	$ 470.000

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

OBJETO DEL CONTRATO

Prestar sus servicios de apoyo de manera personal y autónoma, en su condición de auxiliar de enfermería, para el desarrollo de actividades del programa ruta de la salud, en el proceso de participación comunitaria y servicio al ciudadano de la subred integrada de servicios de salud centro oriente E.S.E

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2019-09-01 **Hasta:** 2019-09-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	Realizar proceso de sensibilizacion, orientacion, registro y aplicación de encuestas durante los traslados a las diferentes USS de la Subred de acuerdo a las indicaciones y compromisos establecidos con la coordinacion del programa	se realiza entrega de los formatos de registro de sensibilizacion y encuestas , utilizados para tal fiun y entregados como material de produccion por parte de la jefatura
2	Confirmar los datos y documentación de los usuarios antes de realizar el traslado de una Unidad de Servicios de Salud a otra, verificando si cumplen con los criterios de uso del programa registrando y consolidando diariamente el informe en las planillas de traslados	se desarrolla confirmacion de datos y documentacion a los usuarios que acceden a los servicios ruta saludable cada ves que se realiza traslado de USS a USS
3	Recoger a los usuarios en las unidades de servicios de salud de la subred y lugares asignados, apoyando en el ascenso y descenso del vehiculo a los usuarios con limitacion de movilidad fisica mediante ayudas técnicas (ramplas)	se maneja e implementa el manual de ruta saludable, dando cumplimiento a la operacion y funcionamiento del mismo
4	Cumplir con los planes, digitación y demas actividades acorde al procedimiento Ruta de la Salud, desde las diferentes USS de la Subred.	se digitaron las plamillas correspondientes para la consolidacion de indicadores mensuales
5	Atender a la poblacion beneficiaria que hace uso del servicio ruta de la salud, en caso de presentarse alguna anomalia que requiera atencion de primer respondiente en su condicion de auxiliar de enfermeria	se esta en complementa dispocision alerta atencion a la poblacion que utiliza el servicio de ruta, en el caso de presentarse alguna anomalia que requiera atencion en primer respondiente en su condicion de auxiliar de enfermeria
6	Asistir a reuniones programadas con la jefatura de la oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano, coordinacion del programa de la Ruta de la Salud de la Subred Centro Oriente, y demas a las que sean citadas	se cumple asistencia segun programacion e información brindada por la jefatura
7	Reportar novedades a la coordinacion sobre situaciones que se presenten en las USS o durante los traslados a los centros de salud, de igual modo informar con antelación no inferior a 15 días la solicitud de terminacion o suspension del contrato	se informa con antiepacion cualquier novedad presentada en las USS o durante los traslados
8	Vestir adecuadamente la dotacion suministrada y portar el carnet institucional, asi mismo responder y hacer uso racional del equipo de comunicacion (celular corporativo)	cumplimientop permanente
9	Desarrollar las actividades para el fortalecimiento de la organizacion y operación de la ruta de la salud, entre redes integradas de servicios de salud en el marco del convenio interadministrativo Ruta de la Salud entre el FFDS y la Subred integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E	se da cumplimiento a la operacion del programa ruta saludable fortaleciendo la organizacion entre redes integradas de servicio de salud
10	Las demas que designe el supervisor del contrato	reporte asignacion por la jefatura

Observaciones:

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

Diana Katerin Paez
Firma del Contratista

C.C. 1.016.018.098 **de** BOGOTA D.C

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	Dra. Marcela Castellanos
CARGO:	Jefe de Oficina de Participacion Comunitaria y Servicio al Ciudadano
FIRMA	