53

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 1802 2019 | **C.D.P. No.:** | 188 | **Proceso al que pertenece:** | PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PSPIC |
| | | | | **Unidad a la que pertenece:** | SALUD PUBLICA - |

**Nombre del Contratista:** JAIVER HAMILTON ROMERO DIAZ **C.C.** 1.071.629.993 **de** CHOACHI CUNDINAMARCA

**Fecha Inicio:** 2019-02-01 **Fecha Terminación incial:** 2019-03-03 **Valor Mensual:** $ 1.444.520 **Valor a cobrar:** $ 1.444.520

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | $ 1.400.000 | 536 | 2019-03-04 | 2019-04-03 |
| 2 | $ 4.193.560 | 738 | 2019-04-04 | 2019-08-03 |
| 3 | $ 1.444.392 | 1611 | 2019-08-04 | 2019-09-03 |
| 4 | $ 2.900.000 | 1901 | 2019-09-04 | 2019-10-15 |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |

| Nº CTA | MES DE CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR | VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL | NÚMERO DE PLANILLA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | FEBRERO | $ 1.400.000 | $ 256.300 | 1013583573 |
| 2 | MARZO | $ 1.400.000 | $ 256.300 | 1019020349 |
| 3 | ABRIL | $ 1.444.520 | $ 256.300 | 1019626479 |
| 4 | MAYO | $ 1.444.520 | $ 256.300 | 1021017478 |
| 5 | JUNIO | $ 1.444.520 | $ 256.300 | 1021017700 |
| 6 | JULIO | $ 1.444.392 | $ 256.300 | 1022459646 |
| 7 | AGOSTO | $ 1.444.520 | $ 256.300 | 1023119585 |
| 8 | SEPTIEMBRE | $ 1.444.520 | $ 256.300 | 1023948074 |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |

**Resumen de contrato**

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 1.540.000 | $ 11.477.952 | $ 11.466.992 | $ 10.960 |

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

**OBJETO DEL CONTRATO**

PRESTAR SERVICIOS COMO DIGITADOR 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:** 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 | Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE. | Verificación de datos en comprobador de derechos y aplicativo Pai. Georeferenciacion. Hacer verificaciones de direcciones y telefonos apoyandonos en diferentes aplicativos , llenando información con upz y localidad. |
| 2 | Apoyar la prestación de servicios en el PIC, presentando la información y/o soportes que soliciten y que corresponde al objeto y/o actividades contractuales y de acuerdo a los anexos y lineamientos contenidos en el Contrato suscrito con el Fondo Financiero Distrital. | Realizar la depuracion, validacion de bases. Ejectuar el seguimiento de citas y facturas del paciente, usuarios capitados según aplicativo de georeferenciacion sub red centro oriente. |
| 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. | Diligenciamiento del cronograma mensualmente en el que se consignan las actividades programadas . |
| 4 | 4. Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estándares de habilitación y acreditación de servicios de salud. | Realizar revisión de formatos de activación de ruta, generados por el Espacio Vivienda |
| 5 | 5. Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal. | Se realizan citas en tiempo real con las gestoras de riesgo quienes se encuentran realizando visita a usuarios priorizados a programas de pyd |
| 6 | 6. Diligenciar de manera completa, adecuada, ordenada y legible todos los formatos requeridos en las diferentes intervenciones de acuerdo a los anexos operativos de cada espacios de vida o componente transversal. | realizar registro de calidad, ordenamiento adecuado de las bases requeridas por el espacio |
| 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.** 1.071.629.993 **de** CHOACHI CUNDINAMARCA

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS | |
|---|---|
| **NOMBRE:** | LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS |
| **CARGO:** | REFERENTE ESPACIO VIVIENDA |
| **FIRMA** | Laydi Viviana Martinez |

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2019-09-12, 03:34:26 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1023948074

**Periodo Cotización:** agosto de 2019 **Periodo Servicio:** agosto de 2019 **Referencia pago (PIN):** 8804836820

**PAGADO 12/09/2019**

## I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | JAIVER HAMILTON ROMERO DIAZ | | |
| **Documento** | CC1071629993 | **Dirección** | CL 40 SUR #86 - 41 |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3124486241 |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO |
| **Ciudad** | BOGOTA D.C. | **Departamento** | BOGOTA D.C. |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | |
| **Total Afiliados** | 1 | **ARP** | SEGUROS BOLIVAR |

## II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | RET P | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |
| CC 1071629993 | JAIVER HAMILTON ROMERO DIAZ | 59 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 0 | (230301) PORVENIR | $ 828,116 | $ 132,500 | (EPS008) COMPENSAR EPS | $ 828,116 | $ 103,600 | 2.436 | $ 828,116 | $ 20,200 | (NIN-CC) NINGUNA CCF | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 256,300 |

## III.TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 828,116 | $ 828,116 | $ 828,116 | $ 0 | $ 132,500 | $ 103,600 | $ 20,200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 256,300 | $ 0 | $ 256,300 |



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!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

COLSUBSIDIO
RESTREPO

*AGENTE RETENEDOR DE IVA*
NIT 860 007 336-1

| Código | Descripción | Valor |
|---|---|---|
| VV | | |
| 693927 | RECAUDO PLANILLA S | 256.300 |
| | TOTAL --> $ | 256.300 |
| AV | DEBI RED MULTICOL | 256.300 |
| NUMERO CUENTA | **5997 | |
| Recibo:001261 | RRN:002854 | Apro:601321 |
| MAESTRO | AH | |

CAMBIO 0

TOTAL ART VENDIDOS = 0

ATENDIDO POR: KAREN ALBARRACIN

NUMERO DE BOLSAS: 0

12/Sep/2019 15:13 4800 05 0117 1002604

COLSUBSIDIO
CON TODO LO QUE TE MERECES