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-1669-2019	**C.D.P. No.:**	188	**Proceso al que pertenece:**	PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC
				Unidad a la que pertenece:	SALUD PUBLICA-ESPACIO VIVIENDA

Nombre del Contratista:	ERIKA XIOMARA CAICEDO VERA	**C.C.**	1,090,455,229	**de :**	CUCUTA

Fecha Inicio:	2019-02-01	**Fecha Terminación incial:**	2019-03-03	**Valor Mensual:**	$ 3,095,400

Valor a cobrar: $ 3,095,400

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 3,000,000	536	2019-03-04	2019-04-03
2	$ 8,986,200	738	2019-04-04	2019-08-04
3	$ 3,095,336	1611	2019-08-04	2019-09-03
4	$ 6,201,800	1901	2019-09-04	2019-10-15
5	$ 4,138,458	2561	2019-10-16	2019-11-20
6	$ 5,540,984	2988	2019-11-21	2019-01-03
7	$ 2,792,589	3563	2020-01-04	2020-03-03
8				
9				
10				
11				
12				
13				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	FEBRERO	$ 3,000,000	$ 371,300	7713218579
2	MARZO	$ 3,000,000	$ 371,300	7713234231
3	ABRIL	$ 3,095,400	$ 383,200	7715810149
4	MAYO	$ 3,095,400	$ 383,200	7720316276
5	JUNIO	$ 3,095,400	$ 383,200	4284249981
6	JULIO	$ 1,435,082	$ 383,200	4284409839
7	JULIO	$ 1,648,637	$ 383,200	4284409839
8	AGOSTO	$ 3,095,400	$ 383,200	7728602715 / 4295874274
9	SEPTIEMBRE	$ 3,095,400	$ 383,200	7728767102
10	OCTUBRE	$ 3,095,400	$ 383,200	7731713277
11	NOVIEMBRE	$ 3,095,400	$ 383,200	7733533292
12	DICIEMBRE	$ 3,095,400	$ 383,200	7736667354
13	ENERO	$ 3,095,400	$ 383,200	7738825461

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 3,300,000	$ 37,055,367	$ 36,942,319	$ 113,048

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN ENFERMERIA DESARROLLANDO ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PÚBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2020-01-01 **Hasta:** 2020-01-30

	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.	Desarrollar acciones en el espacio vivienda de acuerdo el lineamientos establecidos de la secretaria de salud y cumplir con los direccionamientos establecidos por el supervisor de 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 a los anexos y lineamientos contenidos en el Contrato suscrito con el Fondo Financiero Distrital.	**Plan familiar formulado** Selección y priorización de familias Caracterización social y ambiental a través de diálogo de saberes con la familia. Reconocer la cartografía base para el análisis de determinantes estructurales Analizar conjuntamente con la familia las condiciones halladas y establecer prioridades **Plan Familiar implementado** Concertación del Plan familiar Desarrollar acciones centradas en familia.
3	3. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.	Diligenciamiento del cronograma mensualmente en el que se consignan las actividades programadas durante el mes siguiente acordes a las acciones establecidas en el lineamineto
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.	Apoyo a otras actividades que sean asignadas desde coordinación
5	5. Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal.	Realizar caracterizaciones según cronógrama y asignacion de bases

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. 1,090,455,229 **de** CUCUTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	Laydi Viviana Martinez Oliveros
CARGO:	Referente -Espacio Vivienda
FIRMA	Laydi Viviana Martinez Oliveros

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1090455229
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			ERIKA XIOMARA CAICEDO VERA
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	KR 19C 24 85 SUR AP 502	TELÉFONO:	5555555
TIPO APORTANTE:	03-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadores de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	UNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	7738825461	TIPO DE PLANILLA:					I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES diciembre	AÑO 2019	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:		MES diciembre	AÑO	2019
DÍAS DE MORA:	0						
FECHA PAGO (aaaa/m.m/dd):	2020/01/07	NÚMERO AUTORIZACIÓN:					543887296

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
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 198.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 198.200	$ 0	$ 198.200
SUBTOTALES:										**$ 198.200**	**$ 0**	**$ 198.200**

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
EPS016	EPS016-COOMEVA S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 154.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 154.800	$ 0	$ 0	$ 154.800
SUBTOTALES:													**$ 154.800**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 154.800**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NUMERO 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	$ 30.200	$ 30.200	$ 0	$ 0	$ 30.200
SUBTOTALES:									**$ 30.200**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 30.200**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																					PARAFISCALES						
																										PENSIÓN								SALUD						ARP							CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BASICO	SAL INTEGRAL	COLOMBIANO	EXTRANJERO	TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	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
1	CC 1090455229	CAICEDO VERA ERIKA XIOMARA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE		$ 1.238.160				NO																	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.238.160	$ 198.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 198.200	EPS016-COOMEVA S.A.	30	$ 1.238.160	$ 154.800	$ 0	$ 154.800	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	30	$ 1.238.160	$ 1090455229	$ 30.200	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 383.200