

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: **PS 1981-2019** C.D.P. No.: **188** Proceso al que pertenece: **PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC**
Unidad a la que pertenece: **SALUD PUBLICA - PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACION**
Nombre del Contratista: **LYNA ROCIO MUÑOZ GOMEZ** C.C. **1.013.609.828** de: **BOGOTA**
Fecha Inicio: **2019-02-01** Fecha Terminación inicial: **2019-03-03** Valor Mensual: **\$ 1.599.290** Valor a cobrar: **\$ 1.599.290**

ADICION N/ OTRO SI	VALOR ADICION	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
1	\$ 1.550.000	536	2019-03-04	2019-04-03
2	\$ 4.642.870	738	2019-04-04	2019-08-03
3	\$ 1.599.030	1611	2019-08-04	2019-09-03
4	\$ 3.209.580	1901	2019-09-04	2019-10-15
5	\$ 2.138.232	2561	2019-10-16	2019-11-20
6	\$ 2.857.936	2988	2019-11-21	2020-01-03
7	\$ 1.442.838	3563	2020-01-04	2020-03-03
8	\$ 1.599.290	597	2020-03-04	2020-04-03
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

N° CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	FEBRERO	\$ 1.550.000	\$ 256.300	8488374003
2	MARZO	\$ 1.550.000	\$ 256.300	8489319605
3	ABRIL	\$ 1.599.290	\$ 256.300	8490529257
4	MAYO	\$ 1.599.290	\$ 256.300	8491675813
5	JUNIO	\$ 1.599.290	\$ 256.300	8492967459
6	JULIO	\$ 1.599.030	\$ 256.300	8493798155
7	AGOSTO	\$ 1.599.290	\$ 256.300	8494921168
8	SEPTIEMBRE	\$ 1.599.290	\$ 256.300	8496031698
9	OCTUBRE	\$ 1.599.290	\$ 256.300	8497190912
10	NOVIEMBRE	\$ 1.599.290	\$ 256.300	8498307810
11	DICIEMBRE	\$ 426.477	\$ 256.300	9400047367
12	ENERO	\$ 906.264	\$ 256.300	9401137706
13	FEBRERO	\$ 1.599.290	\$ 271.700	9402112439
14	MARZO	\$ 1.599.290	\$ 271.700	9403222900
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Resumen de contrato	VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
	\$ 1.705.000	\$ 20.744.776	\$ 18.826.091	\$ 1.918.685

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

PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICOS AUXILIARES 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: **2020-03-01** Hasta: **2020-03-31**

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	Identifico la población 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 Apoyar la prestación del contrato en el pic prestando la información y/o soportes que soliciten y que correspondan al objetivo y/o actividades contractuales y de acuerdo a el anexo contenido en el contrato suscrito con el fondo financiero distrital	Se entrega la información de vacunados diariamente a la coordinación extramural para ser digitada diariamente y ser informado las coberturas de la estrategia en todo momento.
3 Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.	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 de los diferentes estándares de habilitación y acreditación de servicios de salud.	Desarrollar el proceso de vacunación de acuerdo con las guías y manual técnico administrativo
5 Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal contenidas en el formato de necesidad del personal que hace parte integral del presente contrato.	Realizar tácticas de vacunación casa a casa, seguimientos o concentraciones, a necesidad o según cronograma de actividades a realizar

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

Lyna Muñoz
Firma del Contratista

C.C. **1.013.609.828** de **BOGOTA**

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS

NOMBRE:	ISABEL MARTINEZ CAMACHO CC-51.941.134
CARGO:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO 4
FIRMA	<u>Isabel</u>

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS

NOMBRE:	LUZ ADRIANA CASTANEDA
CARGO:	REFERENTE DE PROGRAMAS Y ACCIONES
FIRMA	<u>Luz Adriana</u>

ACTOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
1013609828		MUÑOZ GOMEZ LYNA ROCIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 10 f 19 11	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

ACTOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo	Clave	Planilla	Tipo	Fecha	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
20-02	91340395	940322900	I	2020/03/06	2020/03/06	BANCO DE OCCIDENTE	0	\$289,300

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		
CURSALA PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$877,803	\$140,500			\$877,803	\$109,800			\$877,803	\$17,600			\$877,803	\$21,400			\$0		
INTRO DE Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$877,803	\$140,500			\$877,803	\$109,800			\$877,803	\$17,600			\$877,803	\$21,400			\$0		
CIUDAD: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$877,803	\$140,500			\$877,803	\$109,800			\$877,803	\$17,600			\$877,803	\$21,400			\$0		
1	CC 1013609828	MUÑOZ LYNA	230301	30	\$877,803	\$140,500	EP5005	30	\$877,803	\$109,800	CC74	30	\$877,803	\$17,600	14-7	30	\$877,803	\$21,400			\$0		
Total Afiliados(1)					\$877,803	\$140,500			\$877,803	\$109,800			\$877,803	\$17,600			\$877,803	\$21,400			\$0		

#1981
LYNA MUÑOZ
AJX. ENFERMERIA
CC: 1013609828

ATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENa e ICBF
1013609828		MUNOZ GOMEZ LYNA ROCIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 10 f 19 11	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

ATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo	Salud	Clave	Planilla	Tipo	Limite	Fecha	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
20-02	2020-02	91340395	9403222900	1	2020/03/06	2020/03/06	2020/03/06	BANCO DE OCCIDENTE	0	\$289,300

ESUMEN DE PAGO

ESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
7P (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$140,500	\$0	\$0	\$140,500
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$140,500	\$0	\$0	\$140,500
2L (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$21,400	\$0	\$0	\$21,400
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	\$21,400	\$0	\$0	\$21,400
2F (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$17,600	\$0	\$0	\$17,600
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	\$17,600	\$0	\$0	\$17,600
2S (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$109,800	\$0	\$0	\$109,800
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$109,800	\$0	\$0	\$109,800
TOTAL				1	\$289,300	\$0	\$0	\$289,300

#1981
LYNA MUNOZ
AOX-ENFERMERIA
CC: 1013609828

MAR 06 2020 09:22:34 REMIT 2.51
EXITO CIUDAD JARDIN CC
CRA 13-16-48 SUR
CORRESPONSAL
BANCO AV VILLAS
C. UNICO: 0012303095 TER: 03095004
C. BANC: 0052
ID CAJERO: 0013676953
RECIBO: 054772 RRN: 096392
APRO: 003256
RECAUDO
SERVICIO: 1506
FACTURA: 000000000000009403222900
** PAGO FACTURA **
TRANSACCION EXITOSA
RECAUDO \$ 289.300

BANCO AV VILLAS es responsable por los servicios
prestados por el CB. El CB no puede prestar
servicios financieros por su cuenta.
Para reclamos comuniquese al:
01 8000518000

CONSERVE ESTA TIRILLA COMO SOPORTE.
FECHA PLANILLA: 2020/02
VALOR PLANILLA: \$ 289.300
VALOR COMISION: \$ 0
VALOR IVA: \$ 0
PAGO APLICADO EN MM/DD: 03/06

*** CLIENTE ***

EXITO CIUDAD JARDIN PARA SERVIRTE!
TELEFONO: 7425111

176930 PILA APORTES LINEA 289.300
Factura: 9403222900
**** SUBTOTAL/TOTAL >>>> \$ 289.300
EFFECTIVO 289.500

FACTURAS APROBADAS
Fac. 9403222900 Apro: 003256 BANCO: 0052
CAMBIO 200
DISCRIMINACION TARIFAS IVA
TARIFA COMPRA BASE/IMP. IVA
= 00% 289300 289300 0
TOTAL= 289300 289300 0

TIQUETE 0584 31181466
RES. DIAN# 18762008025772 DE 01/MAY/2018
RANG. AUT. 0584 30951173 al 39999999
TOTAL ARTICULOS COMPRADOS = 1
Almacenes Exito S.A. NIT 890.900.608-9
AUTORRETENEDOR RES. 8825 DE 16/NOV/2016
PARA TUS RECLAMOS LLAMA AL 7455444

RESPONSABLE DE IVA- GRAN CONTRIBUYENTE

06/MAR/2020 09:22 0584 03 0082 6953



584-X9USG

#1981
LYNA MUÑOZ
AUX. ENFERMERIA
CC: 101360402E