1981

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: 02
FECHA: 2020-05-04

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 Contratist LYNA ROCIO MUÑOZ GOMEZ **C.C.** 1.013.609.828 BOGOTA

Fecha Inicio: 2019-02-01 **Fecha Terminación incial:** 2019-03-03 **Valor Mensual:** $ 2.197.015 **Valor a cobrar:** $ 2.197.015

ADICIÓN/ OTRO	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
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	$ 1.599.290	960	2020-04-04	2020-05-03
10	$ 1.599.290	1397	2020-05-04	2020-05-03
11	$ 1.819.083	1499	2020-06-04	2020-06-30
12	$ 4.593.061	1657	2020-07-01	2020-08-31
13	$ 4.394.030	2710	2020-09-01	2020-10-31
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURID	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	ABRIL	$ 1.599.290	$ 271.700	9404279588
16	MAYO	$ 1.599.290	$ 271.700	9405881621
17	JUNIO	$ 156.438	$ 157.600	9406902287
18		$ 1.982.040		
19	JULIO	$ 2.197.015	$ 271.700	9407617816
20	AGOSTO	$ 2.197.015	$ 271.700	9408669798
21	SEPTIEMBRE	$ 2.197.015	$ 271.700	9409726146
22			$ 400	9410533751

Resumen de contrato	VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
	$ 1.705.000	$ 34.749.530	$ 32.353.484	$ 2.396.046

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:** 2020-09-01 **Hasta:** 2020-09-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCION DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1. Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE.	Identifico la poblacion 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.	Producto en fisico
2	2. Apoya la prestación de servicios en el PIC presentando al información y/o soportes que soliciten y que corresponden al objeto y/o actividades contractuales y de acuerdo a los anexos y lineamientos contenidos en el Contrato suscrito con el Fondo Financiero Distrital.	Se entrega la informacion de vacunados diariamente a la coordinacion extramural para ser digitada diariamente y ser informado las coberturas de la estrategia en todo momento	Producto en físico y en magnético
3	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 planeadas dentro del cronograma mensual.	Producto en físico y en magnético
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 habilitación y acreditación de servicios de salud.	Desarrollar el proceso de vacunacion de acuerdo con las guias y manual tecnico administrativo.	Producto en físico y en magnético
5	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 de personal que hace parte integral del presente contrato.	Realizar tacticas de vacunacion casa casa, seguimientos o concentraciones, a necesidad o según cronograma de actividades a realizar.	Producto en físico y en magnético

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:	DIANA CAROLINA BELTRAN
CARGO:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO 3
FIRMA	Diana Beltran A.

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	LUZ ADRIANA CASTAÑEDA
CARGO:	REFERENTE DE GESTION PROGRAMAS Y ACCIONES
FIRMA	Aclarada

en línea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

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

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-08	2020-08	95788763	9409726146	I	2020/09/07	2020/09/07	BANCO DE OCCIDENTE	0	$289,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$877,803	$140,500			$877,803	$109,800			$877,803	$17,600			$877,803	$21,400		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$877,803	$140,500			$877,803	$109,800			$877,803	$17,600			$877,803	$21,400		$0	$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	$0
1	CC 1013609828	MUÑOZ LYNA	230301	30	$877,803	$140,500	EPS005	30	$877,803	$109,800	CCF24	30	$877,803	$17,600	14-7	30	$877,803	$21,400	30	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$877,803	$140,500			$877,803	$109,800			$877,803	$17,600			$877,803	$21,400		$0	$0

H1481
LYNA MUÑOZ
CC. 1013609828
AUX. ENFERMERIA

2020/09/07 01:09 PM

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

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

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-08	2020-08	95788763	9409726146	I	2020/09/07	2020/09/07	BANCO DE OCCIDENTE	0	$289,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$140,500	$0	$0	$140,500
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$140,500	$0	$0	$140,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$21,400	$0	$0	$21,400
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$21,400	$0	$0	$21,400
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$17,600	$0	$0	$17,600
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$17,600	$0	$0	$17,600
EPS (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 MUÑOZ
CC: 1013609828
AUX. ENFERMERIA

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

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

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Período		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-08	2020-08	741599491	9410533751	N	2020/09/07	2020/09/14	BANCOLOMBIA	7	$400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,003	$200			$1,003	$100			$1,003	$0			$1,003	$100		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,003	$200			$1,003	$100			$1,003	$0			$1,003	$100		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						$1,003	$200			$1,003	$100			$1,003	$0			$1,003	$100		$0	$0
1	CC	1013609828	MUÑOZ LYNA	230301	30	($877,803)	($140,500)	EPS005	30	($877,803)	($109,800)	CCF24	30	($877,803)	($17,600)	14-7	30	($877,803)	($21,400)	30	$0	$0
2	CC	1013609828	MUÑOZ LYNA	230301	30	$878,806	$140,700	EPS005	30	$878,806	$109,900	CCF24	30	$878,806	$17,600	14-7	30	$878,806	$21,500	30	$0	$0
Total			**Afiliados(1)**			$1,003	$200			$1,003	$100			$1,003	$0			$1,003	$100		$0	$0

1981
LYNA MUÑOZ
CC 1013609828
Aux Enfermeria

1981

SEP 07 2020 07:10:43 REMICT &.51
EXITO CIUDAD JARDIN CC
CRA 13 16-48 SUR
CORRESPONSAL
BANCO AV VILLAS
C.UNICO: 0012303095 TER: 03095004
C.BANC: 0052
ID CAJERO: 0023898487
RECIBO: 083494 RRN: 143301
APRO: 000052
RECAUDO
SERVICIO: 1506
FACTURA: 00000000000000009409726146
** 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: 2020/08
VALOR PLANILLA: $ 289.300
VALOR COMISION: $ 0
VALOR IVA: $ 0
PAGO APLICADO EN MM/DD: 09/07
*** CLIENTE ***

Exito CiudadJardin

COMPRA Y RECOJE # 3053610697

176930 PILA APORTES LINEA 289.300
Factura: 9409726146
**** SUBTOTAL/TOTAL >>>> $ 289.300
EFECTIVO 300.500

FACTURAS APROBADAS
Fac.9409726146 Apro:000052 BANCO:0052
CAMBIO 11.200
DISCRIMINACION TARIFAS IVA

TARIFA	COMPRA	BASE/IMP.	IVA
=00%	289300	289300	0
TOTAL=	289300	289300	0

TIQUETE :0584 31236310
RES.DIAN# 18763005569844 DE24/ABR/2020
RANG.AUT.0584 31119659 al 39999999
TOTAL ARTICULOS COMPRADOS = 1
Almacenes Exito S.A. NIT 890 900.608-9
AUTORRETENEDOR RES.8825 DE 16/NOV/2016
PARA RECLAMOS LLAMAR AL 018000428800
RESPONSABLE DE IVA- GRAN CONTRIBUYENTE
Este tiquete puede tener
Bienes Exentos Dec 417 17-3-20

07/SEP/2020 07:10 0584 03 0002 8487

CAJAS 584 1L3C1

H 1981
LUNA MUÑOZ
CC: 1013609878
AUX. ENFERMERIA

198

Servicio de Alertas y Notificaciones Bancolombia

A alertasynotificaciones@bancolombia.com.co
Lun 14/09/2020 1:39 PM
Para: Usted



Bancolombia le informa Pago por $400.00 a APORTES EN LINEA desde cta *0400. 14/09/2020 13:39. Inquietudes al 0345109095/018000931987.

Esta es una notificación automática, por favor no responda este mensaje



LYNA MUNOZ
CC 1013609828
AUXENFERMERI