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-1874 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 PUBLICO

Nombre del Contratista: MARIA ISABEL TORRIJOS CADENA **C.C.** 51.593.817 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2019-02-01 **Fecha Terminación inicial:** 2020-04-03 **Valor Mensual:** $ 3.570.149 **Valor a cobrar:** $ 3.523.706

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
4	$ 6.201.800	1874	2019-09-04	2019-10-15
5	$ 4.138.458	2561	2019-10-16	20/11/2019
6	$ 5.540.984	2988	21/11/2019	2020-01-03
7	$ 3.000.000	3563	2020-01-04	2020-03-03
8	$ 3.499.148	189		
9	$ 3.095.400	597	2020-03-04	2020-04-03
10	$ 3.095.400	960	2020-04-04	2020-05-03
11	$ 3.095.400	1397	2020-05-04	2020-06-03
12	$ 3.523.706	1499	2020-06-01	2020-06-30

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
4	MAYO	$ 3.095.400	$ 185.000	34221726/34263208
5	JUNIO	$ 3.095.400	$ 185.000	35478000/35493207
6	JULIO	$ 3.095.400	$ 185.000	35990417
7	AGOSTO	$ 3.095.400	$ 185.000	36727691
8	SEPTIEMBRE	$ 3.095.400	$ 185.000	37329148
9	OCTUBRE	$ 3.095.400	$ 185.000	37977505
10	NOVIEMBRE	$ 3.095.400	$ 185.000	38462912
11	DICIEMBRE	$ 3.095.400	$ 185.000	39270048
12	ENERO	$ 3.095.400	$ 185.000	39725284
13	FEBRERO	$ 3.095.400	$ 185.000	40548301
14	MARZO	$ 3.095.400	$ 185.000	41050897
15	ABRIL	$ 3.095.400	$ 185.000	41769675
16	MAYO	$ 3.095.400	$ 185.000	42340098
17	JUNIO	$ 302.811 $ 3.220.895	$ 185.000	43238501

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 3.300.000	$ 46.952.726	$ 46.240.200	$ 712.526

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN TRABAJO SOCIAL 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 period **Desde:** 2020-06-01 **Hasta:** 2020-06-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUTO O EVIDENCIA
1	Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la E.S.E.	Informar, orientar, acompañar, apoyar y hacer seguimiento mediante recursos virtuales a líderes y actores comuntiarios, implementando acciones de fortalecimiento comunitario y social frente a las diferentes tematicas en salud y la covid 19	Matrices RBC, seguimientos, canalizaciones e informe
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.	Implementar acciones de fortalecimiento comunitario y social frente a las diferentes tematicas en salud y la covid 19, según las necesidades en las localidades pertenecientes a la subred.	Matrices RBC, seguimientos, canalizaciones e informe
3	Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.	Se presenta cronograma por medio fisico y magnetico del mes	cronograma mensual
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.	Se realizo apoyo a las actividades que estan sujetas al objeto contractual	Matrices RBC, seguimientos, canalizaciones e informe
5	Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal.	Promover la difusión de información sobre las medidas de prevención en covid 19 y salud, con el fin de fortalecer y establecer el reconocimiento de las diferentes redes de apoyo.	Matrices RBC, seguimientos, canalizaciones e informe
6	Diligenciar de manera completa, adecuada, ordenada y legible todos los formatos requeridos en las diferentes intervencionesde acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal.	Se diligencian las actas, matrices y demas productos requeridos por S.D.S	Matrices RBC, seguimientos, canalizaciones e informe

Observaciones:

MARIA ISABEL TORRIJOS
Firma del Contratista

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

C.C. 51.593.817 **de** BOGOTA

FIRMA DEL LIDER O PROFESINAL QUE VERIFICA LAS ACTIVIDADES	
NOMBRE:	ANGELA ROCIO ARCINIEGAS
CARGO:	LIDER DE APOYO CC 52281961
FIRMA	
VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	LUISA FERNANDA HERNANDEZ PLAZAS CC 52713845
CARGO:	REFERNETE DEL ESPACIO PUBLICO
FIRMA	

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	51593817	MARIA ISABEL TORRIJOS CADENA		CARRERA 26 # 7 38 PISO 3	3047461	martorrc@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2020-05	2020-05	I	08/06/2020	43238501	TOTAL A PAGAR	
					$185.000	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	154.800	0		0		0	0	0	0	154.800	1

TOTALES PENSIÓN											
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES RIESGOS LABORALES														
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	30.200				30.200	0	0	30.200			302	30.200	1

TOTALES CAJAS						
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	154.800	154.800
Pensión	0	0	0
Riesgos Laborales	1	30.200	30.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	185.000	185.000

PAGADA 43238501

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información