12

Secretaria 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
VERSION: 02
FECHA: 2020-05-04

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: 1682 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: DEISY KATHERINE HERRERA HERNANDEZ **C.C.** 1.020.769.821 **de:** Bogotá

Fecha Inicio: 2019-02-01 **Fecha Terminación incial:** 2019-03-03 **Valor Mensual:** $ 3.570.149 **Valor a cobrar:** $ 3.570.149

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	2019-08-03
3	$ 3.095.336	1611	2019-08-04	2019-09-03
5	$ 7.547.626	1901	2019-09-04	2019-10-15
6	$ 5.484.498	2560	2019-10-16	2019-11-20
7	$ 6.241.333	2939	2019-11-21	2020-01-03
8	$ 2.792.589	3563	2020-01-04	2020-03-03
9	$ 3.499.148	189	2020-01-02	2020-03-03
10	$ 3.095.400	597	2020-03-04	2020-04-03
11	$ 3.364.565	960	2020-04-04	2020-05-03
12	$ 3.768.313	297	2020-05-04	2020-06-03
12	$ 3.030.828	1499	2020-06-04	2020-06-30
13	$ 7.330.375	1657	2020-06-01	2020-08-31
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
22				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	FEBRERO	$ 3.000.000	$ 397.900	14216472
2	MARZO	$ 3.000.000	$ 397.900	8654888231
3	ABRIL	$ 3.095.400	$ 397.900	8654496236
5	MAYO	$ 3.095.400	$ 408.000	14614132
6	JUNIO	$ 3.095.400	$ 409.000	8653504731
7	JULIO	$ 3.095.336	$ 409.000	8653110862
8	AGOSTO	$ 3.095.336	$ 409.000	8652411447
9	AGOSTO EXTRAS	$ 672.913	$ 409.000	8652411447
10	SEPTIEMBRE	$ 3.095.336	$ 500.900	8651764314
11	SEPTIEMBRE EXTRAS	$ 672.913	$ 500.900	8651764314
12	OCTUBRE	$ 3.095.336	$ 500.900	8600446558
13	OCTUBRE EXTRAS	$ 672.913	$ 500.900	8600446558
14	NOVIEMBRE	$ 3.095.336	$ 500.900	8601425804
15	NOVIEMBRE EXTRAS	$ 672.913	$ 500.900	8601425804
16	DICIEMBRE	$ 3.095.336	$ 500.900	8602411493
17	DICIEMBRE EXTRAS	$ 672.913	$ 500.900	8602411493
18	ENERO	$ 3.095.400	$ 500.900	8603815582
19	FEBRERO	$ 3.095.400	$ 498.700	8605178534
20	MARZO	$ 3.095.400	$ 498.700	8605959086
21	MARZO EXTRAS	$ 269.165	$ 499.400	8605959086
22	ABRIL	$ 3.095.400	$ 499.400	17643162
23	MAYO	$ 3.095.400	$ 300.800	17843045
24	MAYO EXTRAS	$ 403.747	$ 279.100	18156238
25	JUNIO	$ 302.814 $ 3.220.898	$ 279.100	18156238
26	JULIO	$ 3.570.149	$ 470.500	18365416

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 3.300.000	$ 64.536.211	$ 60.466.555	$ 4.069.656

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 PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2020-07-01 **Hasta:** 2020-07-30

	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 ESE.	1. Desarrollar acciones en el espacio vivienda de acuerdo a los lineamientos establecidos de la secretaria de salud y cumplir con los direccionamientos establecidos desde el supervisor del contrato.	Lectura y Apropiacion de Lineamientos, acta entregada a lider de espacio.
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.	1Toma de muestras a pobalcion suceptible de COVID-19 2. Participación Asistencias técnicas SDS 3. Seguimientos telefonicos a las cohortes 4. Alimentacion de bases de datos por cohorte Drive. 5. Seguimiento profesional a las actividasdes ejecutadas	Base Cohorte cronicos y base COVID - 19 en Drive
3	Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.	1. Diligenciamiento del cronograma mensualmente en el que se consignan las actividades programadas durante el mes siguiente acordes a las acciones establecidas en el lineamineto	Registro de Cronogramas en base de gestion del riesgo
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.	1. Asistencia y participación en las reuniones convocadas por el Referente del Espacio Vivienda. 2. Organización de soportes acorde a los criterios definidos por el Referente del Espacio Vivienda. 3. Presentación de pre-auditorías acorde al cronograma definido para tal fin.	seguimientos telefonicos registro en bse cronicos, COVID-19 y canalizaciones en medio magneticoentregadaa responsable de canalizaciones.
5	5. Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacios de vida o componente transversal. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.	1. Realizar las visitas según el acuerdo a los anexos operativos establecidos en los lineamientos permitiendo dar respuesta a las necesidades identificadas según sea su prioridad, mediante se guimiento telefonico a los usuarios con alertas de riesgo de la cohorte de cronicos y seguimientos en campoa familias en zonas de cuidado especial por COVID 19	Base cohorte cronicos y base COVID 19 en Drive, caracterizaciones en fisico de zonas de cuidado especial entregadas a lider de espacio.

Observaciones:
1. Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE.

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. 1.020.769.821 **de** Bogotá

FIRMA DEL LIDER O PROFESIONAL QUE VERIFICA LAS ACTIVIDADES	
NOMBRE:	ANGELICA MARIA MORENO TORRES -CC39579680
CARGO:	LIDER OPERATIVO - GESTION DEL RIESGO
FIRMA	
VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS CC 52933672
CARGO:	REFERENTE ESPACIO VIVIENDA
FIRMA	

PLANILLA NRO. 18365416 Tipo I 2020 06 ASOPAGOS

DATOS GENERALES														
TIPO	NÚMERO	NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	TIPO PRESENTACIÓN	SUCURSAL / DEPENDENCIA	CÓDIGO	PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	NÚMERO PLANILLA	REFERENCIA DE PAGO (PIN)	TIPO EMPRESA	CLASE APORTANTE	CÓDIGO ARL	CÓDIGO OPERADOR
CC	1023763821	DEISY KATHERINE HERRERA HERNANDEZ	UNICO	0	0	2020-06	2020-06	18365416		PRIVADA	I	14-7	SE

DIRECCIÓN	CIUDAD / MUNICIPIO	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CÓDIGO	TELÉFONO	FAX	CORREO ELECTRÓNICO	ACTIVIDAD ECONÓMICA	VALOR NÓMINA	TOTAL EMPLEADOS	FECHA DE PAGO	FECHA LIMITE DE PAGO
Transversal 70 67 B sur 75	BOGOTA	1	BOGOTA D.C	11	0	0	deiherreran 92@hotmail.com	8299	1428059	1	2020-07-13	2020-07-06

TOTAL APORTES A SALUD POR ADMINISTRADORA

CÓD / NOMBRE EPS	NIT EPS	COT OBLIGATORIA	UPC ADICIONAL	# AUT INC	VALOR INC	# AUT LIC	VALOR LIC	NETO COT	DÍAS MORA	INTERESES	INTERESES UPC	SUBTOTAL COT	SUBTOTAL UPC	NÚM RAD ANTERIOR	SALDO A FAVOR	SALDO A FAVOR UPC	TOTAL PAGAR	NÚM AFILIADOS
EPS008	860066942	178600	0	0	0	0	0	178600	0	0	0	178600	0	0	0	0	178600	1

TOTAL APORTES A PENSIÓN POR ADMINISTRADORA

CÓD / NOMBRE AFP	NIT AFP	COT OBLIGATORIA	COT VOL AF	COT VOL AP	FONDO SOL	DÍAS MORA	INTERESES	INTERESES FONDO SOL	TOTAL PAGAR	NÚM AFILIADOS
230301	800224808	228500	0	0	0	0	0	0	228500	1

TOTAL APORTES A RIESGOS LABORALES

CÓD / NOMBRE ARL	NIT ARL	COT OBLIGATORIA	# AUT INC	VALOR INC	OTROS RIESGOS	NETO COT	DÍAS MORA	INTERESES	SUBTOTAL APORTES	NÚM RAD ANTERIOR	SALDO FAVOR	FONDO SOL	TOTAL PAGAR
14-7	860002503	34800	0	0	0	34800	0	0	34800	0	0	0	34800

TOTAL APORTES A ESAP

VALOR	DIAS MORA	INTERESES	TOTAL A PAGAR
0	0	0	0

TOTAL APORTES A MINISTERIO

VALOR	DÍAS MORA	INTERESES	TOTAL A PAGAR
0	0	0	0

TOTAL APORTES A CAJAS POR ADMINISTRADORA

CÓD / NOMBRE CCF	NIT CCF	VALOR APORTE	DÍAS MORA	INTERESES	TOTAL PAGAR	NÚM AFILIADOS
CCF24	860066942	28600	0	0	28600	1

TOTAL APORTES A ICBF Y SENA

ICBF				
VALOR	DÍAS MORA	INTERESES	TOTAL PAGAR	NÚM AFILIADOS
0	0	0	0	0

SENA				
VALOR	DÍAS MORA	INTERESES	TOTAL PAGAR	NÚM AFILIADOS
0	0	0	0	0

NÚMERO ADMINISTRADORAS	
PENSIONES	1
SALUD	1
RIESGOS LABORALES	1
CAJAS COMPENSACIÓN	1

TOTAL A PAGAR POR ADMINISTRADORA	
PENSIONES	228500
SALUD	178600
RIESGOS LABORALES	34800
CAJAS COMPENSACIÓN	28600
SENA	0
ICBF	0
ESAP	0
MINISTERIO	0
GRAN TOTAL	470500

DAVIVIENDA

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS
679681350

Destino de pago
ASOPAGOS

Motivo
Pago de seguridad Social Integrado

Fecha
10/07/2020

Número de aprobación
00681350

Dirección IP
181.53.12.215

Valor transacción
$ 470.500,00

Referencia 1	Referencia 2	Referencia 3
10.10.10.137	CC	1020769821

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA Banco Davivienda S.A. Todos los derechos reservados 2017.