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-1A-FT-014
VERSIÓN: 02
FECHA: 2020-05-04

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS-1809-2019	**C.D.P. No.:**	188	**Proceso al que pertenece:**	PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS- PSPIC
				Unidad a la que pertenece:	SALUD PUBLICA- VIVIENDA

Nombre del Contratista:	ELIZABETH ROA SANCHEZ	**C.C.**	1,010,225,825	**de:**	BOGOTA D.C.
Fecha Inicio:	2019-02-01	**Fecha Terminación incial:**	2019-03-03	**Valor Mensual:**	$ 1,647,761
				Valor a cobrar:	$ 1,647,761

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 1,400,000	536	2019-03-04	2019-04-03
2	$ 4,193,560	738	2019-04-04	2019-08-03
3	$ 1,444,392	1611	2019-08-04	2019-09-03
4	$ 2,900,040	1901	2019-09-04	2019-10-15
5	$ 1,931,346	2561	2019-10-16	2019-11-20
6	$ 2,581,008	2988	2019-11-21	2020-01-03
7	$ 1,303,208	3563	2020-01-04	2020-03-03
8	$ 1,632,936	189	2020-02-01	2020-03-03
9	$ 1,444,520	597	2020-03-04	2020-04-03
10	$ 1,444,520	960	2020-04-03	2020-05-03
11	$ 1,444,520	1397	2020-05-04	2020-06-03
12	$ 1,396,412	1499	2020-06-04	2020-06-30
13	$ 3,385,559	1657	2020-07-01	2020-08-31
14	$ 3,296,600	2710	2020-09-01	2020-10-31
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	FEBRERO	$ 1,400,000	$ 256,300	3213441499
2	MARZO	$ 1,400,000	$ 256,300	3213649790
3	ABRIL	$ 1,444,520	$ 256,300	4273881471
4	MAYO	$ 1,444,520	$ 256,300	4275172834
5	JUNIO	$ 1,444,520	$ 256,300	4280329849
6	JULIO	$ 1,444,392	$ 256,300	4283837004
7	AGOSTO	$ 1,444,520	$ 256,300	4288959175
8	SEPTIEMBRE	$ 1,444,520	$ 256,300	4293947061
9	OCTUBRE	$ 1,444,520	$ 256,300	4300698326
10	NOVIEMBRE	$ 1,444,520	$ 256,300	4305375339
11	DIEMBRE	$ 1,444,520	$ 256,300	4309748301
12	ENERO	$ 1,444,520	$ 256,300	4318180413
13	FEBRERO	$ 1,444,520	$ 271,700	4318205017
14	MARZO	$ 1,444,520	$ 271,700	4323673800
15	ABRIL	$ 1,444,520	$ 271,700	4328230095
16	MAYO	$ 1,444,520	$ 271,700	4331631823
17	JUNIO	$ 141,318	$ 157,600	4341768673
18		$ 1,486,530		
19	JULIO	$ 1,647,761	$ 271,700	4341873231
20	AGOSTO	$ 1,647,761	$ 271,700	4345628795
21	SEPTIEMBRE	$ 1,647,761	$ 271,700	4350177033
22	OCTUBRE	$ 1,647,761	$ 271,700	4354422598

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 1,540,000	$ 31,338,021	$ 31,242,044	$ 95,977

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS COMO DIGITADOR 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:** 2020-10-01 **Hasta:** 2020-10-30

	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	Digitacion base Caracterizacion social y ambiental	Base caracterizacion social y ambiental
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.	Digitacion base Higiene de manos	Base higiene de manos
3	Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.	Digitacion base Monitoreo del riesgo	Base monitoreo 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 estandares de habilitación y acreditación de servicios de salud.	Digitacion base Sesiones colectivas	Base sesiones colectivas
5	Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacios de vida o componente transversal	Apoyo administrativo	Archivo
6			
7			
8			

Observaciones:

Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL.
En caso de tener contrato nuevo se debe anexar tambien la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro

Firma del Contratista

C.C. 1,010,225,825 **de** BOGOTA D.C.

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS

NOMBRE:	LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS CC 52933672
CARGO:	REFERENTE ESPACIO VIVIENDA
FIRMA	Laydi Viviana Martinez O

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

SOI

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN	CEDULA DE CIUDADANIA	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	1010225825
NOMBRE Ó RAZON SOCIAL			ELIZABETH ROA SANCHEZ
CIUDAD/MUNICIPIO	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN	CARRERA 78 K 57 D 39 SUR	TELEFONO	3185965
TIPO APORTANTE	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA	Otros trabajos de edición.
FORMA DE PRESENTACION	UNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA)			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NUMERO PLANILLA		4354422598	TIPO DE PLANILLA		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	septiembre AÑO 2020	PERIODO COTIZACIÓN SALUD	MES septiembre AÑO	2020
DÍAS DE MORA		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd)		2020/10/08	NUMERO AUTORIZACIÓN		9992226393

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
231001	231001-COLFONDOS	1	$ 140.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 140.500	$ 0	$ 140.500
SUBTOTALES:										**$ 140.500**	**$ 0**	**$ 140.500**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NUMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NUMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACION	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 109.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 109.800	$ 0	$ 0	$ 109.800
SUBTOTALES:													**$ 109.800**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 109.800**

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	$ 21.400	$ 21.400	$ 0	$ 0	$ 21.400
SUBTOTALES:									**$ 21.400**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 21.400**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF24	CCF24-COMPENSAR	1	$ 17.600	$ 0	$ 17.600
SUBTOTALES:			**$ 17.600**	**$ 0**	**$ 17.600**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE											NOVEDADES															SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																										PENSIÓN								SALUD						ARP													
																													FSP		APORTES VOLUNTARIOS																CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BASICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COM	VSP	VST	SLN	CON	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1010225825	ROA SANCHEZ ELIZABETH	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		$ 877.803				NO																	231001-COLFONDOS	30	$ 877.803	$ 140.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 140.500	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE	30	$ 877.803	$ 109.800	$ 0	$ 109.800	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	30	$ 877.803	1010225825	$ 21.400	30	$ 877.803	CCF24-COMPENSAR	$ 17.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 289.300

Planilla Pagada

EMPRESA: EFECTIVO LTDA.
NIT.830.131.993-1
Calle 96 No. 12-55 Bogota

ORDEN DE SERVICIO

No OS: 8935491241 DV: 049244

Cajero: DIKAROVI

Cliente beneficiario:
110263 PILA RECAUDO

Fecha: 08/10/2020 11:39:47

PS Recaudador:
902155 SAN JOSE CRA 12 I

Cantidad cupones: 1

Identificacion: 1010225825

Nombre: ELISARETH
Apellido 1: ROA
Apellido 2: NNA
TIPO DOCUMENTO: CEDULA DE CIUDADANIA
TELEFONO: 3195965682
Codigo Planilla: 43544225 98
Periodo Pago: 2020/09
Valor Comision: 0
Valor Iva Comision: 0

Referencia	Valor
1010225825	$289.300,00

Valor recibido: $289.300,00
Forma de pago: EFECTIVO

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.
Con la solicitud y aceptacion de mi parte, de la prestacion de este servicio, entiendase que manifiesto verbalmente mi autorizacion para el tratamiento de los datos personales que voluntariamente he entregado a Efectivo Ltda., Estos datos pueden ser utilizados unica y exclusivamente para la prestacion del servicio convenido.
Linea de servicio al cliente: (1) 6510101