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
VERSION: 02
FECHA: 2020-05-04

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: PS445420 20 | **C.D.P. No.:** 1596 | **Proceso al que pertenece:** PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC | **Unidad a la que pertenece:** SALUD PUBLICA - ESPACIO VIVIENDA

Nombre del Contratista: GEIDY JOHANA CHAPARRO ARIAS | **C.C.** 1.053.346.163 | **de:** BOGOTÁ

Fecha Inicio: 2020-06-17 | **Fecha Terminación incial:** 2020-08-31 | **Valor Mensual:** $ 3.570.149 | **Valor a cobrar:** $ 3.570.149

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 6.800.000	2710	2020-09-01	2020-10-31
2	$ 2.405.970	3615	2020-11-01	2020-11-20
3	$ 1.183.582	3782	2020-11-21	2020-11-30
4	$ 1.785.000	3952	2020-12-01	2020-12-15
5	$ 5.355.224	4112	2020-12-16	2021-01-31
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDA	NÚMERO DE PLANILLA
1	JUNIO	$ 1.666.536		
2	JULIO	$ 3.570.149	$ 271.700	9408376559
3	AGOSTO	$ 3.570.149	$ 441.900	9409346385
4	SEPTIEMBRE	$ 3.570.149	$ 441.900	9409948838
5	OCTUBRE	$ 3.570.149	$ 441.900	9411055357
6	NOVIEMBRE	$ 3.570.149	$ 441.900	9412164572
7	DICIEMBRE	$ 3.570.149	$ 441.900	9413291306
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 9.520.405	$ 27.050.181	$ 23.087.430	$ 3.962.751

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS DE ACUERDO A SU PERFIL ACADEMICO PARA DESAROLLAR ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DESERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2020-12-01 **Hasta:** 2020-12-31

	OBLIGACIONES ESPECIFICAS (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.	Desarrollar acciones en el espacio vivienda de acuerdo el lineamientos establecidos de la secretaria de salud y cumplir con los direccionamientos establecidos desde del supervisor del contrato en el mes de Diciembre acorde a los lineamientos de SDS sobre COVID -19 desde el supervisor del contrato .	Acta de apropiación de lineamientos. Digilenciamiento de plan operativo-cronograma mensual
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.	Realizar la revisión de las bases de datos disponibles en el espacio, para priorizar aquellas familias con mayor vulnerabilidad que se han abordado previamente, así como iniciar proceso de caracterización, en el caso que se incluya un nuevo sistema familiar. Definir la prioridad por la que se realizará el abordaje, para la intervención de los perfiles del equipo interdisiciplinario.	Formato de caracterización de la familia. Soporte de canalizaciones y notificaciones de eventos de interés en salud pública según se requiera. Formato de implementación del plan familiar, con registro de los seguimientos desarrollados por el equipo. Relacionando la educacion del COVID -19
3	Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.	Diligenciamiento del cronograma mensualmente en el que se consignan las actividades programadas durante el mes siguiente acordes a las acciones establecidas en el lineamiento	Cronograma de las actividades correspondiente al mes de Diciembre de 2020.
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	Realizar el diligenciamiento de las bases de datos correspondientes y propias del producto 8. Seguimiento familiar para la gestión integral del riesgo en zonas periurbanas.	Base de datos Familias Periurbanas 2020, Base de Canalizaciones Espacio Vivienda y VSP
5	Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal.	Realización de primer acercamiento al domicilio, donde inicialmente se informa a la familia del proceso a realizar, seguimientos, implementaciones y cierres a planes familiares	Soportes de caracterización e implementación de las familias.

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

Geidy Chaparro A.
Firma del Contratista

C.C. 1.053.346.163 **de** BOGOTÁ

FIRMA DEL LIDER O PROFESIONAL QUE VERIFICA LAS ACTIVIDADES	
NOMBRE:	CAREN DANIELA RINCÓN PANQUEVA CC 1016059266
CARGO:	LIDER OPERATIVO - PERIURBANO
FIRMA	Daniela Rincón P.
VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS CC 52933672
CARGO:	REFERENTE ESPACIO VIVIENDA
FIRMA	Laydi Viviana Martinez O.

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 10533 51 3	-	CHAPARRO ARIAS GEIDY JOHANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 88 # 80-16	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7447288	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-11	2020-11	64425405	9413291306	I	2020/12/15	2020/12/10	BANCO DE OCCIDENTE	0	$441,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vlp	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	1053346163	CHAPARRO ARIAS GEIDY JOHANA																		230301	30	$1,428,059	$228,500	EPS002	30	$1,428,059	$178,600		0	$0	$0	14-11	30	$1,428,059	$34,800	0	$0	$0	No	$441,900
Total	Afiliados(1)																						$1,428,059	$228,500			$1,428,059	$178,600			$0	$0			$1,428,059	$34,800		$0	$0		$441,900

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

PAGO DE FACTURAS

1506 PLANILLA AS APORTES EN LINEA

CORRESPONSAL BANCO DE OCCIDENTE

REFERENCIA	9413291306
NUMERO DE APROBACION	425405
Fecha:	10/12/2020 15:29:32
DV:	581158
NUM. TRANSACCION	1025031808
Valor	$441.900,00

CORRESPONSAL BANCARIO PARA BANCO DE OCCIDENTE. LA IMPRESION DE ESTE TIQUETE IMPLICA SU ACEPTACION. VERIFIQUE LA INFORMACION. ESTE ES EL UNICO RECIBO OFICIAL DE PAGO. LINEA NACIONAL: 01 8000 512825.ANTES DE RETIRARSE DEL PUNTO DE ATENCION VERIFIQUE REFERECIA DE PAGO, PROYECTO,LA FECHA, HORA, TIPO Y MONTO DEL SOPORTE DE PAGO REALIZADO. SI NO ESTA DE ACUERDO CON LA INFORMACION ALLI INCORPORADA O LA MISMA NO CORRESPONDE A LA INFORMACION DEL PAGO REALIZADO, INFORMELE DE MANERA INMEDIATA AL CAJERO LA CORRECCION REQUERIDA PARA HACER LAS CORRECCIONES A QUE HAYA LUGAR. DE LO CONTRARIO, NI EFECTY NI BANCO DE OCCIDENTE S.A. NO ASUMIRA LA RESPONSABILIDAD SOBRE RECLAMOS POSTERIORES.

PS Recaudador: 992062 OXXO CENTRO COMERCIAL PRIMAVERA PLAZA CALLE 80

Cajero: DAXILOCA

Recibi Conforme:_____

C.C._____

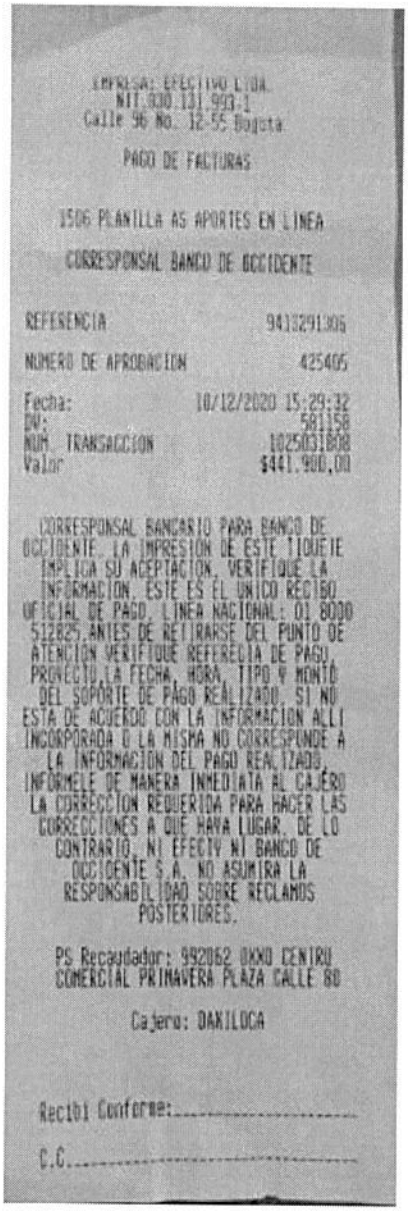
DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1053346163		CHAPARRO ARIAS GEIDY JOHANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 88 # 80-16	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7447288	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-11	2020-11	64425405	9413291306	I	2020/12/15	2020/12/10	BANCO DE OCCIDENTE	0	$441,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$228,500	$0	$0	$228,500
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$228,500	$0	$0	$228,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$34,800	$0	$0	$34,800
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$34,800	$0	$0	$34,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,600	$0	$0	$178,600
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$178,600	$0	$0	$178,600
TOTAL				**1**	**$441,900**	**$0**	**$0**	**$441,900**

Geidy Johana Chaparro Arias
PS-4454 2020



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

PAGO DE FACTURAS

1506 PLANILLA AS APORTES EN LINEA

CORRESPONSAL BANCO DE OCCIDENTE

REFERENCIA 9413291306

NUMERO DE APROBACION 425405

Fecha: 10/12/2020 15:29:32
DV: 581158
NUM. TRANSACCION 1025031808
Valor $441.900,00

CORRESPONSAL BANCARIO PARA BANCO DE OCCIDENTE. LA IMPRESION DE ESTE TIQUETE IMPLICA SU ACEPTACION. VERIFIQUE LA INFORMACION. ESTE ES EL UNICO RECIBO OFICIAL DE PAGO. LINEA NACIONAL: 01 8000 512825.ANTES DE RETIRARSE DEL PUNTO DE ATENCION VERIFIQUE REFERECIA DE PAGO PROYECTO,LA FECHA, HORA, TIPO Y MONTO DEL SOPORTE DE PAGO REALIZADO. SI NO ESTA DE ACUERDO CON LA INFORMACION ALLI INCORPORADA O LA MISMA NO CORRESPONDE A LA INFORMACION DEL PAGO REALIZADO, INFORMELE DE MANERA INMEDIATA AL CAJERO LA CORRECCION REQUERIDA PARA HACER LAS CORRECCIONES A QUE HAYA LUGAR. DE LO CONTRARIO, NI EFECTV NI BANCO DE OCCIDENTE S.A. NO ASUMIRA LA RESPONSABILIDAD SOBRE RECLAMOS POSTERIORES.

PS Recaudador: 992062 OKKO CENTRO COMERCIAL PRIMAVERA PLAZA CALLE 80

Cajero: DAKILOCA

Recibí Conforme:_____

C.C._____