Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

170

**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:** | 5485 2020 | **C.D.P. No.:** | 2797 | **Proceso al que pertenece:** | PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC |
| | | | | **Unidad a la que pertenece:** | SALUD PUBLICA - ESPACIO VIVIENDA |
| **Nombre del Contratista:** | OMAR IVÁN ACEVEDO PÉREZ | **C.C.** | 1.022.424.497 | **de:** | BOGOTA |
| **Fecha Inicio:** | 2020-09-01 | **Fecha Terminación incial:** | 2020-10-31 | **Valor Mensual:** | $ 3.570.149 |
| | | | | **Valor a cobrar:** | $ 3.570.149 |

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 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 SEGURIDAD SOCIAL | NÚMERO DE PLANILLA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | SEPTIEMBRE | $ 3.451.147 | | |
| 2 | OCTUBRE | $ 3.570.149 | $ 441.900 | 46464521 |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 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 |
|---|---|---|---|
| $ 7.140.304 | $ 7.140.304 | $ 3.451.147 | $ 3.689.157 |

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

**OBJETO DEL CONTRATO**

PRESTAR SERVICIOS DE APOYO COMO PROFESIONAL EN FISIOTERAPIA, PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E , CON DISPONIBILIDAD EN CUMPLIMIENTO DE LA MISIÓN Y VISIÓN DE LA MISMA.

**Relación de actividades para el periodo:** **Desde:** 2020-10-01 **Hasta:** 2020-10-31

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta) | DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO | PRODUTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|
| 1.Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE. | Realizar acciones en el espacio vivienda de acuerdo a los lineamientos establecidos de la secretaria de salud y cumplir con los direccionamientos repectivos del supervisor del contrato. | cronograma mensual de actividades, cronograma diario de actividades realizadas |
| 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 seguimiento telefónico y visitas domiciliarias a cohortes priorizadas por SDS. Identificación de posibles riesgos en la familia a abordar teniendo en cuenta el evento y o la prioridad por la que es abordada. Identificar personas o familias vulnerables, condiciones generales de salud con énfasis en desarrollo motor de los niñ@s, enfermedades respiratorias, hábitos de vida saludables y aspectos claves para covid-19. Brindar información en salud con estrategias dirigidas a la promoción, prevención y mantenimiento de la salud, establecer compromisos de acciones que la familia a abordar pueda y tenga que realizar en su vivienda, activar las rutas acordes a las necesidades identificadas. | Diligenciamiento de drive dispuestos para registro de llamados tefonicos y visitas domiciliarias,diligenciamiento de formatos, base vsp, base de canalizaciones convenio ACH |
| 3,presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar | Reporte diario de las familias abordadas por visita domiciliarias discriminandolos por numero de niños caracterizados por base, numero de visitas fallidas, clasificacion nutricional de niños caracterizados. numero de niños con desnutricion severa, numero de niños con desnutricion aguda moderada, numero de niños con riesgo a desnutricion , numero de niños con peso adecuado y numero de niños con riesgo o sobrepeso. | Diligenciamiento de drive para reporte diario ,diligenciamiento de formato, base de canalizaciones, base vsp y cronograma de actividades. |
| 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 habitacion y acreditacion de servicios de salud | Apoyo y cumplimiento de actividades realizadas desde la coordinación. | Asistencia a las actividades de capacitacion establecidas segun el lider operativo |
| 5,realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal | Realizar seguimeinto telefonico o domiciliario según las metas programadas y asignadas. | cumplimiento de las metas semanales, diligenciamiento de drive reporte diario. |
| 6.Realizar las demas obligaciones asignadas por el supervisor del contrato. | Asistencia a reuniones o capacitaciones notificadas por el lider del espacio | diligenciamiento de asistencia correspondiente |

**Observaciones:**

anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL.
caso de tener contrato nuevo se debe anexar también la certificación bancaria con la primera cuenta de ro

Omar Acevedo
**Firma del Contratista**

**C.C.** 1.022.424.497 **de** BOGOTA

| FIRMA DEL LIDER O PROFESIONAL QUE VERIFICA LAS ACTIVIDADES | |
|---|---|
| **NOMBRE:** | LILIANA TELLEZ VALBUENA - CC 51933284 |
| **CARGO:** | LIDER OPERATIVO - FAMILIAS |
| **FIRMA** | Liliana Tellez V |
| **VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS** | |
| **NOMBRE:** | LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS CC 52933672 |
| **CARGO:** | REFERENTE ESPACIO VIVIENDA |
| **FIRMA** | Laydi Martinez O. |

# SuAporte | REPORTE INDIVIDUAL

**Fecha creación reporte** 2020-10-09, 10:54:43 a. m. **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 46464521

**Periodo Cotización** 202009 **Periodo Servicio** 202009

## PAGADA 2020-10-09 10:47:00.0

### I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Razón Social** | OMAR IVAN ACEVEDO PEREZ | | | | |
| **Documento** | CC 1022424497 | **Dirección** | CR 68G #9 C - 51 TO 7 APTO 607 | | |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 2622058 | | |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO | **Total Afiliados** | 1 |
| **Ciudad** | BOGOTA D.C. | **Departamento** | BOGOTA D.C. | | |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | | | |

### II. DATOS DEL AFILIADO

| **Documento** | CC 1022424497 | | **Residente** | | **Exonerado** | N | **Apellidos y Nombres** | **Código Ciudad - Departamento** | **Centro de Trabajo** | **Ubicación Laboral** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tipo Cotizante | 59 | 00 | | | | | ACEVEDO PEREZ OMAR IVAN | 11001000 - 11 | | BOGOTA D.C. |

### III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

| Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Extranjero | Tipo salario | Salario | Pensión | | | | | | | Salud | | | | | | Riesgos | | | | | Caja | | | | Parafiscales | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | | | | Código AFP | Código Tras. AFP | Tarifa AFP | IBC | Total Aporte AFP | Total Aporte FSP | Total Aporte FSPS | Código EPS | Código Tras. EPS | Tarifa EPS | IBC EPS | Aporte Salud | Aporte UPC | Código ARL | Clase Riesgo | Tarifa ARL | IBC ARL | Aporte Riesgos | Código CCF | Tarifa CCF | IBC CCF | Aporte Caja | Tarifa SENA | Aporte SENA | Tarifa ICBF | Aporte ICBF |
| | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 0 | | | $ 1.428.060 | 25-14 | | 16 % | $ 1.428.060 | $ 228.500 | $ 0 | $ 0 | EPS017 | | 12,5 % | $ 1.428.060 | $ 178.600 | $ 0 | 14-11 | 3 | 2,436 % | $ 1.428.060 | $ 34.800 | NIN-CC | 0 % | $ 0 | $ 0 | 0 % | $ 0 | 0 % | $ 0 |

### IV.TOTALES

| Total Aportes Pensión | Total Aportes FSP | Total Aportes FSPS | Total Aportes Salud | Total Aportes Riesgos | Total Aportes Cajas | Total Aportes SENA | Total Aportes ICBF | Total Aportes ESAP | Total Aportes MEN | Total Final |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| COLPENSIONES | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | FAMISANAR EPS | ARL SURA | NINGUNA CCF | SENA | ICBF | ESAP | MEN | |
| $ 228.500 | $ 0 | $ 0 | $ 178.600 | $ 34.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 441.900 |



ARUS, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77. Línea Ética: 018000 517806.




## ¡Hola, Omar Acevedo

Gracias por utilizar los servicios de BANCO UNO y PSE.
los siguientes son los datos de tu transacción:

Estado de la Transacción: Aprobada
CUS: 767193944
Empresa: ENLACE OPERATIVO S.A.
Descripción: Pago de Seguridad Social
Valor de la Transacción: $ 441.900
Fecha de Transacción: 09/10/2020