151

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: 02
FECHA: 2020-05-04

## 1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| No. CONTRATO - OPS: | PS6068 2020 | C.D.P. No.: | 3038 | Proceso al que pertenece: | PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC |
| | | | | Unidad a la que pertenece: | SALUD PUBLICA - ESPACIO VIVIENDA |
| Nombre del Contratista: | NURY ANGELICA ARGUMERO | | | C.C. 6068 | 1.015.995.803 de: BOGOTA |
| Fecha Inicio: | 2020-10-01 | Fecha Terminacion incial: | 2020-10-31 | Valor Mensual: | $ 2.197.015 Valor a cobrar: $ 2.197.015 |

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | $ 1.480.597 | 3038 | 2020-11-01 | 2020-11-20 |
| 2 | $ 728.358 | 3615 | 2020-11-21 | 2020-11-30 |
| 3 | $1.098.400 | 3952 | 2020-12-01 | 2020-12-15 |
| 4 | $3.295.523 | 4112 | 2020-12-16 | 2021-01-31 |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |
| 14 | | | | |
| 15 | | | | |
| 16 | | | | |
| 17 | | | | |
| 18 | | | | |
| 19 | | | | |
| 20 | | | | |
| 21 | | | | |
| 22 | | | | |

| N° CTA | MES DE CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR | VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL | NÚMERO DE PLANILLA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | OCTUBRE | $2,197.015 | $ 0 | ANEXO DOCUMENTOS |
| 2 | NOVIEMBRE | $2,197.015 | $ 272.100 | 8819732190 |
| 3 | DICIEMBRE | $2,197.015 | $ 272.100 | 8821398610 |
| 4 | ENERO | $2,197.015 | $ 272.100 | 8820944910 |
| 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 |
|---|---|---|---|---|
| | $2,197.015 | $8,799.973 | $6,591.045 | $ 2.208.928 |

## 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: 2021-01-01 Hasta: 2021-01-31

| | OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta) | DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 1 | Seguimiento telefonico, realizadas por las gestoras de riesgo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal. | Realizar seguimiento presecial en zonas de cuidado especial por zeveridad | caracterizaciones en zonas de cuidado especial por zeveridad |
| 2 | 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 apropiación conceptual de lineamientos. | Entrega de acta en fisico |
| 3 | Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE. | Presentar cronograma mes de enero | Producto en fisico |
| 4 | 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 presecial en zonas de cuidado especial por zeveridad | caracterizaciones en zonas de cuidado especial por zeveridad |
| 5 | 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 | Presentar preauditoria mes enero | Producto en fisico |

Observaciones:

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

Angelica Argumero
Firma del Contratista

C.C. 1.015.995.803 de BOGOTA

| FIRMA DEL LIDER O PROFESIONAL QUE VERIFICA LAS ACTIVIDADES | |
|---|---|
| NOMBRE Y CEDULA: | ANGELICA MARIA MORENO TORRES - CC 39579680 |
| CARGO: | LIDER COMPONETE GESTION DEL RIESGO |
| FIRMA | Angelica Moreno |
| FIRMA DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO | |
| NOMBRE: | LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS CC 52933672 |
| CARGO: | REFERENTE ESPACIO VIVIENDA |
| FIRMA | |

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2020-12-28, 04:07:50 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1034126175

**Periodo Cotización:** diciembre de 2020 **Periodo Servicio:** diciembre de 2020 **Referencia pago (PIN):** 8820944910

**PAGADO 26/12/2020 EN HORARIO EXTENDIDO**

## I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | NURY ANGELICA ARGUMERO TORRES | | |
| **Documento** | CC1015995803 | **Dirección** | CR 98B #14 - 06 |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3204893809 |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO |
| **Ciudad** | BOGOTA D.C. | **Departamento** | BOGOTA D.C. |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | |
| **Total Afiliados** | 1 | **ARP** | ARL SURA |

## II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | RET P | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |
| CC 1015995803 | NURY ANGELICA ARGUMERO TORRES | 59 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 0 | (231001) COLFONDOS | $ 878,806 | $ 140,700 | (EPS017) FAMISANAR EPS | $ 878,806 | $ 109,900 | 2.436 | $ 878,806 | $ 21,500 | (NN-CC) NINGUNA CCF | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 272,100 |

## III.TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 878,806 | $ 878,806 | $ 878,806 | $ 0 | $ 140,700 | $ 109,900 | $ 21,500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 272,100 | $ 0 | $ 272,100 |



Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

SISTEMA P.O.S.
COLSUBSIDIO

D O C U M E N T O  S O P O R T E

NOMBRE : PLANILLA SIMPLE RECAUDO
NIT : 900.097.333-9
CODIGO : 20596
REFERENCIA : 8820944910
PLANILLA : 1034126175
PERIODO : 2020/12
REFERENCIA 2: 8820944910

| Código | Descripción | Cant | Valor |
|---|---|---|---|
| 693927 | RECAUDO PLA | 1 | 272100 |
| | | | 272100 |

DOCUMENTO

2012260004959916
CONSECUTIVO: 001

DIC 26, 20 10:30

26/Dic/2020 10:30 1254 04 0036 5251097
(COPIA CLIENTE)