187

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
VERSIÓN: 02
FECHA: 2020-05-04

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: ps 7004 2020 **C.D.P. No.:** 3758 **Proceso al que pertenece:** PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC
Unidad a la que pertenece: SALUD PUBLICA - ESPACIO VIVIENDA

Nombre del Contratista: DIANA VANESSA GIL VALENCIA **C.C.** 1.022.391.592 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2020-11-17 **Fecha Terminación incial:** 2020-11-30 **Valor Mensual:** $ 3.570.149 **Valor a cobrar:** $ 3.570.149

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 1.785.076	3919	2020-12-01	2020-12-15
2	$ 5.355.228	4112	2020-12-16	2021-01-31
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	Noviembre	$ 1.547.066	$ 441.900	18971112
2	Diciembre	$ 3.570.149	$ 271.556	19233689/19402838
3	Enero	$ 3.570.149	$ 441.900	19402964
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
$ 2.142.091	$ 9.282.395	$ 8.687.364	$ 595.031

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO EN PSICOLOGIA 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	1 Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE.	Participación en las reuniones del espacio vivienda, realizada desde la coordinaciónAsistencia técnica SDS y Proceso de Inducción en Zonas de Severidad	Actas y listado de asistencia
2	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.	De acuerdo a las actividades ejecutadas se realizaron las respectivas: Apropiación conceptual de lineamientos	Actas y listado de asistencia
3	3. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar contenidos en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato	Se presenta cronograma por medio magnetico del mes y fisico	Cronograma fisico y digital
4	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	Se realizo apoyo a las actividades que estan sujetas al objeto contractual	Actas de reunión
5	realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal	Entrega de soportes de acuerdo con lo programado.	Soportes diligenciados con criterios de calidad.

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

Diana Gil
Firma del Contratista

C.C. 1.022.391.592 **de** BOGOTA

FIRMA DEL LIDER O PROFESIONAL QUE VERIFICA LAS ACTIVIDADES	
NOMBRE:	ANGELICA MARIA MORENO TORRES- CC 39579680
CARGO:	APOYO OPERATIVO- GESTION RIESGO
FIRMA	Angelica Moreno
VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS CC 52933672
CARGO:	REFERENTE ESPACIO VIVIENDA

ASOPAGOS s.a.

RAZON SOCIAL :	DIANA VANESSA GIL VALENCIA
IDENTIFICACION:	CC-1022391592
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	
FECHA GENERACION REPORTE:	2021-01-05
FECHA LIMITE DE PAGO:	2021-01-25
FECHA DE PAGO:	2021-01-06
ENTIDAD DE PAGO:	BANCOLOMBIA
PERIODO PENSION:	2020-12
PERIODO SALUD:	2020-12
NUMERO PLANILLA:	19402964
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	19402964
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS005	800251440	SANITAS	1	$ 1.428.060	$ 0	$ 0	$ 0	$ 178.600	$ 178.600
230301	800224808	PORVENIR	1	$ 1.428.060	$ 0	$ 0	$ 0	$ 228.500	$ 228.500
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 1.428.060	$ 0	$ 0	$ 0	$ 34.800	$ 34.800
CCF24	860066942	COMPENSAR-CCF	1	$ 1.428.060	$ 0	$ 0	$ 0	$ 28.600	$ 28.600
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 470.500	$ 470.500

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	25/01/2021

ASOPAGOS s.a.

Certificación de Pago

Se certifica que la empresa , identificada con CC-1022391592 sucursal 0, canceló los aportes de seguridad social y parafiscales de la siguiente manera:

REFERENCIA POR TIPO DE PLANILLA		CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE ADMINISTRADORA	Nro. AFILIADOS	DÍAS MORA	COTIZACIÓN	INTERES	VALOR TOTAL
Periodo pensión:	2020-12	230301	800224808	PORVENIR	1	0	228.500	0	228.500
Periodo salud:	2020-12	EPS005	800251440	SANITAS	1	0	178.600	0	178.600
Planilla Nro.:	19402964 Tipo I	14-23	860011153	POSITIVA	1	0	34.800	0	34.800
Clase de aportante:	I	CCF24	860066942	COMPENSAR-CCF	1	0	28.600	0	28.600
Fecha transacción:	2021-01-05	PASENA	899999034	SENA	0	0	0	0	0
Banco:	BANCOLOMBIA	PAICBF	899999239	ICBF	0	0	0	0	0
Transacción:	852426368	PAESAP	899999054	ESAP	0	0	0	0	0
		PAMIED	899999001	MINEDU	0	0	0	0	0
						GRAN TOTAL			$ 470.500

Comprobante

de pago en línea

ASOPAGOS

Pago realizado por: ANDREA STEPHNY GIL VALENCIA

Nro. de recibo: 19402964

Descripción del pago: Pago de seguridad Social Integrado

Identificación del contribuyente: 10.10.11.7

Concepto: CC

Razón Social: 1022391592

Fecha y hora de la transacción: Martes 5 de Enero de 2021 08:58:58 PM

Nro. de comprobante: 00001

Valor pagado: $ 470,500.00

Cuenta: *******5096

Bancolombia S.A.

Comuníquese con nuestra Sucursal Telefónica Bancolombia: Bogotá 343 0000 - Medellín 510 9000 - Cali 554 0505 - Barranquilla 361 8888 - Cartagena 693 4400 - Bucaramanga 697 2525 - Pereira 340 1213 - El resto del país 01 800 09 12345 - Sucursales Telefónicas en el exterior: España 900 995 717 - Estados Unidos 1866 379 9714, en caso de recibir una alerta o notificación de una transacción que presenta alguna irregularidad.

Bancolombia nunca le solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com