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-1758-2019 **C.D.P. No.:** 188 **Proceso al que pertene** PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC
Unidad a la que perten SALUD PUBLICA - EPIDEMIOLOGIA

Nombre del Contratista: GLORIA ESPERANZA PORRAS CASTELLANOS **C.C.** 1.002.677.907 **de:** BOGOTA

Fecha inicio: 2019-02-01 **Fecha Terminación incial:** 2019-03-03 **Valor Mensual:** $ 2.197.015 **Valor a cobrar:** $ 2.197.015

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 1.550.000	536	2019-03-04	2019-04-03
2	$ 4.642.870	738	2019-04-04	2019-08-03
3	$ 1.599.030	1611	2019-08-04	2019-09-03
4	$ 3.209.580	1901	2019-09-04	2019-10-15
5	$ 2.138.232	2561	2019-10-16	2019-11-20
6	$ 2.857.938	2988	2019-11-21	2020-01-03
7	$ 1.442.838	3563	2020-01-04	2020-03-03
8	$ 1.807.893	189	2020-02-01	2020-03-03
9	$ 1.599.290	597	2020-03-04	2020-04-03
10	$ 1.599.290	690	2020-04-04	2020-05-03
11	$ 1.599.290	1397	2020-05-04	2020-06-03
12	$ 1.877.093	1499	2020-06-04	2020-06-30
13	$ 4.540.866	1657	2020-07-01	2020-08-31
14	$ 4.394.030	2710	2020-09-01	2020-10-31
15	$ 1.480.597	3815	2020-11-01	2020-11-20
16	$ 728.358	3782	2020-11-21	2020-11-30
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDA	NÚMERO DE PLANILLA
1	FEBRERO	$ 1.550.000	$ 256.300	1017913530
2	MARZO	$ 1.550.000	$ 256.300	1018905894
3	ABRIL	$ 1.599.290	$ 256.300	1019906184
4	MAYO	$ 1.599.290	$ 256.300	1020414015
5	JUNIO	$ 1.599.290	$ 256.300	1020886343
6	JULIO	$ 1.599.030	$ 256.300	1021562357
7	AGOSTO	$ 1.599.290	$ 256.300	1022261195
8	SEPTIEMBRE	$ 1.599.290	$ 256.300	1022998829
9	OCTUBRE	$ 1.599.290	$ 256.300	1023813738
10	NOVIEMBRE	$ 1.599.290	$ 256.300	1024470182
11	DICIEMBRE	$ 1.599.290	$ 256.300	1025187640
12	ENERO	$ 1.599.290	$ 256.300	1025864720
13	FEBRERO	$ 1.599.290	$ 271.700	1026543723
14	MARZO	$ 1.599.290	$ 271.700	1027595247
15	ABRIL	$ 1.599.290	$ 271.700	1028298064
16	MAYO	$ 1.599.290	$ 157.600	1029717578
17	JUNIO	$ 156.452 $ 1.982.090	$ 157.600	1029740297
18	JULIO	$ 2.197.015	$ 271.700	1030589996
19	AGOSTO	$ 2.197.015	$ 271.700	1031216396
20			$ 400	1031883052
21	SEPTIEMBRE	$ 2.197.015	$ 272.100	1031875715
22	OCTUBRE	$ 2.197.015	$ 272.100	1032406537
23	NOVIEMBRE	$ 2.197.015	$ 272.100	1033059830

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 1.705.000	$ 38.772.193	$ 38.613.417	$ 158.776

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA DESARROLLANDO ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVCIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2020-11-01 **Hasta:** 2020-11-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCION 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.	Seguimientos COVID	Realizar seguimientos a casos COVID 19
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.	Realizacion a caso seguimiento COVID 19 Realimentacion en aplicativo y correos asignados para esta actividad diariamente los casos y sus respectivos contactos	Realizar retroalimentación en Aplicativo Info-contactos y correos asignados
3	3. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.	Presentar cronograma de actividades de Diciembre del 2020	presentar cronograma de actividades
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 habilitación y acreditación de servicios de salud.	Apoyo seguimiento diario a casos y contactos según asignacion de lider de vigilancia en salud publica encargada 5 Asistencia a reunion de area Seguimiento casos asignados COVID	Asistencia a reuniones de area
5	5. Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacios de vida o componente transversal. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.	Asistencia capacitacion seguimientos COVID	Participar en capacitaciones asignadas de seguimiento COVID

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

Firma del Contratista

C.C. 1.002.677.907 **de** BOGOTA

FIRMA DE LIDER O PROFESIONAL QUE VERIFICA LAS ACTIVIDADES	
NOMBRE:	NELCY AYDEE FLÓREZ PADILLA CC 51952482
CARGO:	LIDER OPERATIVO VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA
FIRMA	

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	MARIA CRISTINA DUARTE GARZON CC 35378691
CARGO:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO EN SALUD
FIRMA	

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2020-11-06, 04:52:05 PM Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES Numéro Planilla: 1033059830

Periodo Cotización: octubre de 2020 Periodo Servicio: octubre de 2020 Referencia pago (PIN): 8819140000

PAGADO 06/11/2020

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	GLORIA ESPERANZA PORRAS CASTELLANOS		
Documento	CC1002677907	**Dirección**	CR 4K #52 A - 68
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3125123536
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	SEGUROS BOLIVAR

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 1002677907	GLORIA ESPERANZA PORRAS CASTELLANOS	59	00																	0	30	30	30	0	(210201) PROTECCION (ING + PROTECCION)	$ 878.806	$ 140.700	(EPS002) SALUD TOTAL 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

Lineas 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!

¡El Poder de lo SIMPLE!

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

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

PAGO DE FACTURAS

1136 PLANILLA ASISTIDA SIMPLE

CORRESPONSAL BANCO DE OCCIDENTE

REFERENCIA	8819140000
NUMERO DE APROBACION	939388
Fecha:	06/11/2020 12:23:36
DV:	344208
NUM. TRANSACCION	1022362909
Valor	$272.100,00

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: 907722 LA PAZ DG 52 A SUR

Cajero: SAMINAGO

Recibi Conforme:_____

C.C._____