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-1754 – 2019	**C.D.P. No.:**	188	**Proceso al que pertenece:**	PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC
				Unidad a la que pertenece:	SALUD PUBLICA - EPIDEMIOLOGIA

Nombre del Contratista: MARIA CONCEPCION DUQUE CRUZ **C.C.** 52.039.752 **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	$ 2.831.936	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	$ 1.559.290	597	2020-03-04	2020-04-03
10	$ 1.559.290	960	2020-04-04	2020-05-03
11	$ 1.599.290	1397	2020-05-04	2020-06-03
12	$ 1.957.278	1499	2020-06-04	2020-06-30
13	$ 4.680.294	1657	2020-07-01	2020-08-31
14	$ 4.394.030	2710	2020-09-01	2020-10-31
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	FEBRERO	$ 1.550.000	$ 256.300	1018922908
2	MARZO	$ 1.550.000	$ 256.300	1019588500
3	ABRIL	$ 1.599.290	$ 256.300	1019613078
4	MAYO	$ 1.599.290	$ 256.300	1020444826
5	JUNIO	$ 1.599.290	$ 256.300	1020846316
6	JULIO	$ 1.573.215	$ 256.300	1021687947
7	AGOSTO	$ 1.599.290	$ 256.300	1022411161
8	SEPTIEMBRE	$ 1.599.290	$ 256.300	1023067941
9	OCTUBRE	$ 1.599.290	$ 256.300	1023931932
10	NOVIEMBRE	$ 1.599.290	$ 256.300	1024615568
11	DICIEMBRE	$ 1.599.290	$ 256.300	1025360599
12	ENERO	$ 1.599.290	$ 256.300	1025887278
13	FEBRERO	$ 1.599.290	$ 271.700	1027499476
14	MARZO	$ 1.599.290	$ 271.700	1027601053
15	ABRIL	$ 1.599.290	$ 271.700	1028313469
16	MAYO	$ 1.599.290	$ 157.600	1029722979
17	JUNIO	$ 156.452	$ 157.600	1029740127
18		$ 1.982.090		
19	JULIO	$ 2.197.015	$ 271.700	1030561448
20	AGOSTO	$ 2.197.015	$ 272.100	1031155584 - 1031874974
21	SEPTIEMBRE	$ 2.197.015	$ 272.100	1032408356
22	OCTUBRE	$ 2.197.015	$ 272.100	1032449762

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 1.705.000	$ 36.676.851	$ 36.390.587	$ 286.264

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:** 2020-10-01 **Hasta:** 2020-10-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUTO O EVIDENCIA
1	Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE.	Seguimientos COVID.	Magnetico a los correos de seguimientocoronavirus2020gmail.com notificacionsintomascovidco@gmail.com.
2	Apoyar la prestacion de servicio en el PIC,presentando la informacion 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 de las bases en los correos asignados para esta actividad diariamente los casos y sus respectivos contactos.	Magnetico a los correos de seguimientocoronavirus2020@gmail.com y notificacionsintomascovidco@gmail.com
3	Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.	Presentar cronograma de actividades del mes de Agosto 2020.	Producto en fisico.
4	Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de la calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estandares de habilitacion y acreditacion de servicio de salud.	Asistencia a reunion de area. Apoyo seguimiento diario a casos y contactos según asignacion de lider de vigilancia en salud publica encargada. seguimiento casos asignados COVID.	Producto en magnetico. Magnetico a los correos de seguimientocoronavirus2020@gmail.com notificacionsintomascovidco@gmail.com.
5	Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal.contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.	Asistencia capacitacion seguimientos COVID.	producto en magnetico.

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. 52.039.752 **de** BOGOTA

FIRMA DEL LIDER O PROFESIONAL QUE VERIFICA LAS ACTIVIDADES	
NOMBRE Y CEDULA:	NELCY AYDEE FLOREZ PADILLA 51952482
CARGO:	LIDER OPERATIVO-VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA
FIRMA	nelcy aydee florez
FIRMA DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO	
NOMBRE:	MARIA CRISTINA DUARTE GARZON CC 35376891
CARGO:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO EN SALUD
FIRMA	

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2020-10-09, 09:36:24 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1032449762

Periodo Cotización: septiembre de 2020 **Periodo Servicio:** septiembre de 2020 **Referencia pago (PIN):** 8820466670

PAGADO 09/10/2020

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MARIA CONCEPCION DUQUE CRUZ		
Documento	CC52039752	**Dirección**	CLL 56A SUR 27 10
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3132366787
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 52039752	MARIA CONCEPCION DUQUE CRUZ	59	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 878.806	$ 140.700	(EPS008) COMPENSAR EPS	$ 878.806	$ 109.900	2.436	$ 878.806	$ 21.500	(CCF22) COLSUBSIDIO	$ 878.806	$ 17.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 289.700

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	$ 878.806	$ 140.700	$ 109.900	$ 21.500	$ 17.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 289.700	$ 0	$ 289.700

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!

¡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	8820466670
NUMERO DE APROBACION	511711
Fecha:	08/10/2020 19:02:56
DV:	300108
NUM. TRANSACCION	1020126769
Valor	$289.700,00

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

PS Recaudador: 908676 SAN VICENTE CRA 28 CON 55 SUR

Cajero: RICAVECH

Recibi Conforme:_____

C.C._____

Escaneado con CamScanner