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
VERSION: 02
FECHA: 2020-05-04

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS-1784-2019	**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:	SANDRA MILENA CASTAÑEDA BUITRAGO	**C.C.**	52,450,705 **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	$ 2,788,936	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	$ 1,599,290	960	2020-04-04	2020-05-03
11	$ 1,599,290	1397	2020-05-04	2020-06-03
12	$ 1,916,559	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	$ 1,480,597	3615	2020-11-01	2020-11-20
16	$ 728,358	3782	2020-11-21	2020-11-30
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	FEBRERO	$ 1,550,000	$ 256,300	8488620240
2	MARZO	$ 1,550,000	$ 256,300	8489155438
3	ABRIL	$ 1,599,290	$ 256,300	8490324856
4	MAYO	$ 1,599,290	$ 256,300	8491709380
5	JUNIO	$ 1,599,290	$ 256,300	8492574369
6	JULIO	$ 1,599,030	$ 256,300	8493562254
7	AGOSTO	$ 1,529,756	$ 256,300	8494740586
8	SEPTIEMBRE	$ 1,599,290	$ 256,300	8495883282
9	OCTUBRE	$ 1,599,290	$ 256,300	8497009087
10	NOVIEMBRE	$ 1,599,290	$ 256,300	8498147813
11	DICIEMBRE	$ 1,599,290	$ 256,300	8499234270
12	ENERO	$ 1,599,290	$ 256,300	9401031339
13	FEBRERO	$ 1,599,290	$ 271,700	9401996877
14	MARZO	$ 1,599,290	$ 271,700	9403738739
15	ABRIL	$ 1,599,290	$ 271,700	9404116668
16	MAYO	$ 1,599,290	$ 157,600	9405267490
17	JUNIO	$ 156,452	$ 157,600	9406367068
18		$ 1,982,090		
19	JULIO	$ 2,197,015	$ 271,700	9407444448
20	AGOSTO	$ 2,197,015	$ 272,100	9408536315 - 9409414373
21	SEPTIEMBRE	$ 2,197,015	$ 272,100	9409610318
22	OCTUBRE	$ 2,197,015	$ 272,100	9409610318
23	NOVIEMBRE	$ 2,197,015	$ 272,100	9411799867

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 1,705,000	$ 38,842,087	$ 38,543,883	$ 298,204

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)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO 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 del mes correspondiente y su actualización correspondiente.	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

Sandra Castañeda
Firma del Contratista

C.C. 52,450,705 **de** BOGOTA

FIRMA DEL LIDER O PROFESIONAL QUE VERIFICA LAS ACTIVIDADES	
NOMBRE Y CEDULA:	DIANA AZUCENA GUERRERO BARRETO C.C. 1018404173
CARGO:	LIDER SIVIGILA
FIRMA	
FIRMA DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO	
NOMBRE:	MARIA CRISTINA DUARTE GARZÓN C.C. 35576691
CARGO:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO EN SALUD
FIRMA	

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52450705		CASTAÑEDA BUITRAGO SANDRA MILENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 3G ESTE 18-28 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2077898	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-10	2020-10	37138944	9411799867	I	2020/11/04	2020/11/05	BANCO DE OCCIDENTE	0	$272,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$878,806	$140,700			$878,806	$109,900			$0	$0			$878,806	$21,500		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$878,806	$140,700			$878,806	$109,900			$0	$0			$878,806	$21,500		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$878,806	$140,700			$878,806	$109,900			$0	$0			$878,806	$21,500		$0	$0
1	CC 52450705	CASTAÑEDA SANDRA	230201	30	$878,806	$140,700	EPS010	30	$878,806	$109,900		0	$0	$0	14-7	30	$878,806	$21,500	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$878,806	$140,700			$878,806	$109,900			$0	$0			$878,806	$21,500		$0	$0

2020/11/05 04:21 PM

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

PAGO DE FACTURAS

1506 PLANILLA AS APORTES EN LINEA

CORRESPONSAL BANCO DE OCCIDENTE

REFERENCIA 9411799867

NUMERO DE APROBACION 138944

Fecha: 05/11/2020 14:53:46
DV: 964639
NUM. TRANSACCION 1022279734
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 51825. 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 REQUERIDO 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: 992490 SAN BLAS

Cajero: DEYEGUFL

Recibi Conforme: _____

C.C. _____

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

PAGO DE FACTURAS

1506 PLANILLA AS APORTES EN LINEA

CORRESPONSAL BANCO DE OCCIDENTE

REFERENCIA	9411799867
NUMERO DE APROBACION	138944
Fecha:	05/11/2020 14:53:46
DV:	964639
NUM. TRANSACCION	1022279734
Valor	$272.100,00

CORRESPONSAL BANCARIO PARA BANCO DE OCCIDENTE. LA IMPRESIÓN DE ESTE TIQUETE IMPLICA SU ACEPTACIÓN. VERIFIQUE LA INFORMACIÓN. ESTE ES EL ÚNICO RECIBO OFICIAL DE PAGO. LÍNEA NACIONAL: 01 8000 512825. ANTES DE RETIRARSE DEL PUNTO DE ATENCIÓN VERIFIQUE REFERENCIA DE PAGO, PROVEEDOR, LA FECHA, HORA, TIPO Y MONTO DEL SOPORTE DE PAGO REALIZADO. SI NO ESTÁ DE ACUERDO CON LA INFORMACIÓN ALLÍ INCORPORADA O LA MISMA NO CORRESPONDE A LA INFORMACIÓN DEL PAGO REALIZADO, INFÓRMELE DE MANERA INMEDIATA AL CAJERO LA CORRECCIÓN REQUERIDA PARA HACER LAS CORRECCIONES A QUE HAYA LUGAR. DE LO CONTRARIO, NI EFECTY NI BANCO DE OCCIDENTE S.A. NO ASUMIRÁ LA RESPONSABILIDAD SOBRE RECLAMOS POSTERIORES.

PS Recaudador: 992490 SAN BLAS

Cajero: DEYEGUFL

Recibi Conforme: _____

C.C. _____