Secretaría Distrital 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 1797-2019	C.D.P. No.:	188	Proceso al que pertenece:	PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC
				Unidad a la que pertenece:	VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA

Nombre del Contratista: AISAMALIA BASTO RUIZ | C.C. 28.797.438 | de: LERIDA TOLIMA

Fecha Inicio: 2019-02-01 | Fecha Terminación incial: 03 03 2019 | 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	$ 2.851.936	2988	2019-11-21	2020-01-03
7	$ 1.442.838	3563	2020-01-04	2020-03-03
8	$ 1.807.893	189	2020-02-04	2020-03-03
9	$ 1.599.290	597	2020-03-04	2020-04-03
10	$ 1.599.290	960	2020-04-04	2020-05-03
11	$ 1.559.290	1397	2020-05-04	2020-06-03
12	$ 1.843.093	1499	2020-06-04	2020-06-30
13	$ 4.543.558	1657	2020-07-01	2020-08-30
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDA	NÚMERO DE PLANILLA
1	FEBRERO	$ 1.550.000	$ 256.300	8487532947
2	MARZO	$ 1.550.000	$ 256.300	8488871771
3	ABRIL	$ 1.599.290	$ 256.800	8490625391
4	MAYO	$ 1.599.290	$ 256.300	8491764670
5	JUNIO	$ 1.599.290	$ 256.300	8492796252
6	JULIO	$ 1.599.030	$ 256.300	8493905503
7	AGOSTO	$ 1.599.290	$ 256.600	8495067560
8	SEPTIEMBRE	$ 1.599.290	$ 256.300	8496153185
9	OCTUBRE	$ 1.599.290	$ 256.300	8497295307
10	NOVIEMBRE	$ 1.599.290	$ 256.300	8498409043
11	DICIEMBRE	$ 1.599.290	$ 256.300	9400162042
12	ENERO	$ 1.559.290	$ 256.300	9401220909
13	FEBRERO	$ 1.599.290	$ 271.700	9402350863
14	MARZO	$ 1.599.290	$ 271.700	9403340952
15	ABRIL	$ 1.599.290	$ 271.700	9404371525
16	MAYO	$ 1.559.290	$ 157.600	9405475279
17	JUNIO	$ 156.452	$ 157.600	9406604150
18		$ 1.982.090		
19	JULIO	$ 2.197.015	$ 271.700	9407685734
20				
21				
22				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 1.705.000	$ 32.091.900	$ 29.745.357	$ 2.346.543

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO DE ENFERMERIA DESARROLLANDO ACTIVIDADES EN AL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN LA SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

Relación de actividades para el periodo: Desde: 01/07/2020 Hasta: 2020-07-30

	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 E.S.E	1. Participación en reuniones de area de vigilancia en salud publica. 2. se guimiento a contactos de casos probables y positivos de COVID 19	1. Reporte en base de seguimiento de actividades. 2. soporte de la evidencia de los casos probables en correo seguimientocoronavirus2020@gmail.com y soporte de casos positivos en el correo notificacionsintomascovidco@gmail.com.
2	Apoyar la prestacion 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	1. Registro en base de Drive de actividades diarias realizadas. 2. Registro de seguimiento a contactos casos sospechosos y positivos de COVID 19	1- Reporte en base de seguimiento de actividades. 2. soporte de la evidencia de los casos probables en correo seguimientocoronavirus2020@gmail.com y soporte de casos positivos en el correo notificacionsintomascovidco@gmail.com.
3	Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar	1. Entrega del cronograma de actividades del mes correspondiente y su actualización correspondiente.	1. reporte en el cronograma de actividades.
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 estándares de habilitación y acreditación de servicios de salud	1. presentacion de soportes de actividades de seguimientos telefonicos casos COVID 19.	1. En los respectivos correos se encuentra los casos asignados y se reporta las llamadas telefonicas. seguimientocoronavirus2020@gmail.com y en el correo notificacionsintomascovidco@gmail.com.
5	Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal.	1. seguimiento a casos de forma telefonica y virtual según programacion de actividades de acuerdo a alertas en salud y requerimientos del estado por COVID 19.	1. Se evidencia en correo de notificacionsintomascovidco@gmail.com
6			
7			
8			
9			
10			

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

Aisamalia Basto Ruiz
Firma del Contratista

C.C. 28.797.438 de LERIDA TOLIMA

FIRMA DEL LIDER O PROFESIONAL QUE VERRIFICA LAS ACTIVIDADES	
NOMBRE:	NELCY AYDEE FLOREZ PADILLA CC. 51952482
CARGO:	LIDER OPERATIVO- VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA
FIRMA	Nelcy Aydee Florez

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	MARIA CRISTINA DUARTE GARZON CC. 35376691
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 28797438		BASTO RUIZ AISAMALIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 78A SUR N45-57	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2994512	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-06	2020-06	678227739	9407685734	I	2020/07/09	2020/07/09	BANCO DAVIVIENDA	0	$289,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$140,500	$0	$0	$140,500
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$140,500	$0	$0	$140,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$21,400	$0	$0	$21,400
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$21,400	$0	$0	$21,400
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$17,600	$0	$0	$17,600
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	1	$17,600	$0	$0	$17,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$109,800	$0	$0	$109,800
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$109,800	$0	$0	$109,800
TOTAL				1	$289,300	$0	$0	$289,300

2020/07/09 01:39 PM

Gmail

aisa basto ruiz <aisabasto29@gmail.com>

Confirmación Transacción PSE - CUS 678227739

1 mensaje

serviciopse@achcolombia.com.co <serviciopse@achcolombia.com.co> 9 de julio de 2020, 23:41
Para: aisabasto29@gmail.com



¡Hola, aisamalia basto ruiz

Gracias por utilizar los servicios de BANCO DAVIVIENDA y PSE. los siguientes son los datos de tu transacción:

Estado de la Transacción: Aprobada
CUS: 678227739
Empresa: APORTES EN LINEA
Descripción: Pago de la Planilla de aportes con clave: 9407685734
Valor de la Transacción: $ 289.300
Fecha de Transacción: 09/07/2020

Ten en cuenta estos tips de seguridad

- Digita siempre manualmente la dirección del portal de tu Banco para asegurar que no estas siendo redirigido a un sitio que suplanta a tu Entidad Financiera.
- Utiliza dispositivos de uso personal o confiable para realizar tus pagos.
- Procura cambiar tus contraseñas bancarias frencuentemente.

ach COLOMBIA