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: 01**
**FECHA: 2017-07-07**

## 1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. CONTRATO - OPS:** | PS-1793-2019 | **C.D.P. No.:** | 536 | **Proceso al que pertenece** | PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC |
| | | | | **Unidad a la que pertenece:** | SALUD PUBLICA - VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombre del Contratista:** | DIANA LEONOR VALDERRAMA BELTRAN | **C.C.** | 53.045.197 | **de:** | BOGOTA |
| **Fecha Inicio:** | 2019-02-01 | **Fecha Terminación incial:** | 2019-03-03 | **Valor Mensual:** | $ 1.599.290 |

**Valor a cobrar:** $ 1.599.290

| 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 | $ 1.599.290 | 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 | $ 2.857.936 | 2988 | 2019-11-21 | 2020-01-03 |
| 10 | $ 1.442.838 | 3563 | 2020-01-04 | 2020-03-03 |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |
| | | | | |
| 13 | | | | |

| Nº CTA | MES DE CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR | VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL | NÚMERO DE PLANILLA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | FEBRERO | $ 1.550.000 | $ 256.300 | 4261443193 |
| 2 | MARZO | $ 1.550.000 | $ 256.300 | 4266475255 |
| 3 | ABRIL | $ 1.599.290 | $ 256.300 | 4270906252 |
| 4 | MAYO | $ 1.599.290 | $ 256.300 | 4275673698 |
| 5 | JUNIO | $ 1.599.290 | $ 256.300 | 4279470384 |
| 6 | JULIO | $ 1.599.290 | $ 256.300 | 4284332399 |
| 10 | AGOSTO | $ 1.599.290 | $ 256.300 | 4294544750 |
| 11 | SEPTIEMBRE | $ 1.599.290 | $ 256.300 | 4275673261 |
| 12 | OCTUBRE | $ 1.599.290 | $ 256.300 | 4301432419 |
| 13 | NOVIEMBRE | $ 1.599.290 | $ 256.300 | 4306397964 |
| 14 | DICIEMBRE | $ 1.599.290 | $ 256.300 | 4310309182 |
| 15 | ENERO | $ 1.599.290 | $ 256.300 | 4318131201 |

| Resumen de contrato | VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|---|
| | $ 1.705.000 | $ 19.015.486 | $ 18.953.571 | $ 61.915 |

## 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 SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

**Relación de actividades para el periodo** **Desde:** 2020-01-01 **Hasta:** 2020-01-31

| | OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta) | DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN |
|---|---|---|
| 1 | 1. Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE | 1, desarrollar acciones en el espacio de vivienda de acuerdoel lineamiento establecidos de la secretaria de salud y cumplir con los direccionamientos establecidos desde el superior del contrato |
| 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 al ANEXO | 2, recepcion de cronograma ubicación del domicilio: el gestor realizara las visitas diarias de acuerdo con la ruta dispuesta por el geografo y notificar diariamente a la lider por medio de un informe de visitas reportando las realizadas y fallidas, ejecucion de la visita: 6 diarias, aplicacion del instrumento de identificacion de necesidades de atencion en acciones de proteccion especifica y deteccion temprana, |
| 3 | 3. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. | 3, realizar apropiacion conceptual de los lineamientos suministrados por la secretaria de salud. |
| 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 habilitacion y acreditacion de servicio de salud, | 4, diligenciamiento del cronograma mensualmente en el que se consignan las actividades programas durante el mes acordes a las acciones establecidas en el lineasmiento y según directriz de la subred. |
| 5 | realizar las visitsas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente trasversal | 5, realizar actividades en campo de identificacion y captacion temprana de riesgos en la poblacion a intervenir por el programa de gestion del riesgo |
| 6 | | |

**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 C Valderrama B
**Firma del Contratista**

**C.C.** 53.045.197 **de** BOGOTA

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS | |
|---|---|
| **NOMBRE:** | LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS |
| **CARGO:** | REFERENTE ESPACIO VIVIENDA |
| **FIRMA** | Laydi Viviana Martinez O. |

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

### DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANIA | NUMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 53045197 |
| NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: | | | DIANA LEONOR VALDERRAMA BELTRAN |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BOGOTA DISTRITO CAPITAL | DEPARTAMENTO: | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL |
| DIRECCIÓN: | CL 40 SUR NO. 3 A - 35 ESTE | TELÉFONO: | 2063077 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONÓMICA: | Actividades reguladoras y facilitadoras de la act |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | UNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) | | | NO |

### DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | 4318131201 | TIPO DE PLANILLA: | I-INDEPENDIENTES | | | | |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES diciembre AÑO 2019 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD | MES diciembre AÑO 2019 | | | | |
| DÍAS DE MORA: | 0 | | | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd) | 2020/01/13 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 999852908 | | | | |

### TOTAL APORTES A PENSIÓN

| CÓDIGO | ADMINISTRADORA NOMBRE | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | MORA COTIZACIÓN | MORA FSP | TOTALES APORTES | TOTALES MORA | TOTALES VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 231001 | 231001-COLFONDOS | 1 | $ 132.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 132.500 | $ 0 | $ 132.500 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 132.500** | **$ 0** | **$ 132.500** |

### TOTAL APORTES A SALUD

| CÓDIGO | ADMINISTRADORA NOMBRE | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NUMERO AUTORIZACIÓN | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR | LICENCIA MATERNIDAD NUMERO AUTORIZACIÓN | LICENCIA MATERNIDAD VALOR | SALDO A FAVOR PLANILLA | SALDO A FAVOR VALOR | LIQUIDACION COTIZACIÓN | LIQUIDACION UPC | MORA COTIZACIÓN | MORA UPC | TOTALES APORTES | TOTALES MORA | TOTALES DESCUENTO | TOTALES VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS008 | EPS008-COMPENSAR | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 103.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 103.600 | $ 0 | $ 0 | $ 103.600 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 103.600** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 103.600** |

### TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

| CÓDIGO | ADMINISTRADORA NOMBRE | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP NÚMERO AUTORIZACIÓN | INCAPACIDAD IRP VALOR | INCAPACIDAD IRP PAGO A OTROS RIESGOS | SALDO A FAVOR PLANILLA | SALDO A FAVOR VALOR | LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN | TOTALES APORTES | TOTALES MORA | TOTALES DESCUENTO | TOTALES VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 14-7 | 14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A. | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 20.200 | $ 20.200 | $ 0 | $ 0 | $ 20.200 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 20.200** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 20.200** |

### LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

| N° | DATOS DEL COTIZANTE: IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | NOVEDADES: SAL INTEGRAL | COLOMBIANO EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | CC 53045197 | VALDERRAMA BELTRAN DIANA LEONOR | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE | | $ 828.116 | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| N° | SEGURIDAD SOCIAL: PENSIÓN ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | SALUD ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | Vr UPC | TOTAL APORTE | ARP ADMIN | DÍAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | PARAFISCALES DÍAS COT | IBC | CCF ADMIN | CCF TOTAL APORTE | SENA TOTAL APORTE | ICBF TOTAL APORTE | ESAP TOTAL APORTE | MINEDU TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 231001-COLFONDOS | 30 | $ 828.116 | $ 132.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 132.500 | EPS008-COMPENSAR | 30 | $ 828.116 | $ 103.600 | $ 0 | $ 103.600 | 14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A. | 30 | $ 828.116 | 53045197 | $ 20.200 | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| TOTAL | $ 256.300 |
|---|---|

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

ORDEN DE SERVICIO

No OS: 8817409497 DV: 969951

Cajero: JEESECSA

Cliente beneficiario:
110263 PILA RECAUDO

Fecha: 13/01/2020 12:23:42

PS Recaudador:
905678 LA COLMENA CRA 2 ESTE SUR

Cantidad cupones: 1

Identificacion: 53045197

| | |
|---|---|
| Nombre: | DIANA LEONOR |
| Apellido 1: | VALDERRAMA |
| Apellido 2: | BELTRAN |
| TIPO DOCUMENTO: | CEDULA DE CIUDADANIA |
| TELEFONO: | 3112319629 |
| Codigo Planilla: | 4318131201 |
| Periodo Pago: | 2019/12 |
| Valor Comision: | 0 |
| Valor Iva Comision: | 0 |
| Referencia | Valor |
| 53045197 | $256.300,00 |

Valor recibido: $256.300,00
Forma de pago: EFECTIVO

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.
Con la solicitud y aceptacion de mi parte, de la prestacion de este servicio, entiendase que manifiesto verbalmente mi autorizacion para el tratamiento de los datos personales que voluntariamente he entregado a Efectivo Ltda., Estos datos pueden ser utilizados unica y exclusivamente para la prestacion del servicio convenido.
Linea de servicio al cliente: (1) 6510101
servicioalcliente@efecty.com.co
www.efecty.com.co