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

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. CONTRATO - OPS:** | PS-1896-2019 | **C.D.P. No.:** | 188 | **Proceso al que pertenece:** | PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC |
| | | | | **Unidad a la que pertenece** | SALUD PUBLICA - ESPACIO PUBLICO |

**Nombre del Contratista:** NYDIA JOHANNA CAMACHO CAPADOR **C.C.** 1.013.590.900 **de:** BOGOTÁ

**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 | 2019-04-03 | 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 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |
| 14 | | | | |
| 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 | 8488879678 |
| 2 | MARZO | $ 1.550.000 | $ 256.300 | 8488879363 |
| 3 | ABRIL | $ 1.599.290 | $ 256.300 | 8490321974 |
| 4 | MAYO | $ 1.599.290 | $ 256.300 | 8492169180 |
| 5 | JUNIO | $ 1.599.290 | $ 256.300 | 8492584837 |
| 6 | JULIO | $ 1.599.290 | $ 256.300 | 8493568376 |
| 7 | AGOSTO | $ 1.599.290 | $ 256.300 | 8494746804 |
| 8 | SEPTIMEBRE | $ 1.599.290 | $ 256.300 | 8495889380 |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |
| 14 | | | | |
| 15 | | | | |
| 16 | | | | |
| 17 | | | | |
| 18 | | | | |
| 19 | | | | |
| 20 | | | | |
| 21 | | | | |
| 22 | | | | |

**Resumen de contrato**

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 1.705.000 | $ 12.706.740 | $ 12.695.740 | $ 11.000 |

## 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:** 2019-09-01 **Hasta:** 2019-09-30

| | 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 E.S.E. | Organización de materiales para inicio de jornadas cuidate se feliz, Digitación de Formatos. Realización de Actas de apropiación conceptual. |
| 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. | Jornadas cuidate se feliz primera,segunda, tercera y cuarta semana ubicadas en los puntos SUPER CADE 20 DE JULIO. Punto de Ciclovía Domingos 1 y 15 ubicadas en kr 7 con 26 y kr 7 con 37 |
| 3 | 3. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. | Realización y entrega de Cronograma de las Actividades a realizar para el mes de octubre de 2019 |
| 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 estándares de habilitación y acreditación de servicios de salud. | Se realiza revision periodica en aplicativo cuidate se Feliz de los usuarios registrados y correccion de los usuarios digitados con algun error |
| 5 | 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. | Se realiza traslados a puntos de ubicación asignados. |

**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

Johanna Camacho C
**Firma del Contratista**

**C.C.** 1.013.590.900 **de** BOGOTÁ

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS | |
|---|---|
| **NOMBRE:** | ADRIANA HIGUERA |
| **CARGO:** | LIDER DE ESPACIO PUBLICO |
| **FIRMA** | Adriana Higuera |

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1013590900 | | CAMACHO CAPADOR NIDIA JHOANNA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CAR 12 ESTE NUM 42 15 SUR | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 3729172 | Si |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2019-08 | 2019-08 | 58415426 | 8495889380 | I | 2019/09/03 | 2019/09/12 | BANCO DE OCCIDENTE | 9 | $258,100 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $132,500 | $900 | $0 | $133,400 |
| PORVENIR | 230301 | 800,224,808 | 8 | 1 | $132,500 | $900 | $0 | $133,400 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $20,200 | $200 | $0 | $20,400 |
| SEGUROS BOLIVAR | 14-7 | 860,002,503 | 2 | 1 | $20,200 | $200 | $0 | $20,400 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $103,600 | $700 | $0 | $104,300 |
| SANITAS | EPS005 | 800,251,440 | 6 | 1 | $103,600 | $700 | $0 | $104,300 |
| **TOTAL** | | | | **1** | **$256,300** | **$1,800** | **$0** | **$258,100** |



# PAGO DE FACTURAS

PILA BP

NUM APROBACION:58415426
NUM REFERENCIA:000000849588938O
NUM IDENTIFICACION:1013590900
PERIODO: 2019-08
FECHA EFECTIVA:2019-09-11
VALOR: 258.100
MIE11 SEP 19 16:57:27
254-00397326-016
786447-606746-444625-216260-41
CONSERVE ESTE TIQUETE. ES EL
UNICO RECIBO OFICIAL DE PAGO.EN
CASO DE RECLAMO LLAMAR A:
A SU OPERADOR.
AGT 7971 CLR 80369743
011191172-910082