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:	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 - VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA
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:	$ 2.197.015 Valor a cobrar: $ 2.138.542

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	$ 2.138.232	2561	2019-10-16	2019-11-20
6	$ 2.857.936	2988	2019-11-21	2020-01-03
7	$ 1.442.838	3563	2020-01-04	2020-03-03
8	$ 1.807.893	189		
9	$ 1.599.290	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	$ 1.877.093	1499	2020-06-04	2020-06-30
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	OCTUBRE	$ 1.599.290	$ 256.300	8497015190
10	NOVIEMBRE	$ 1.599.290	$ 256.300	8498153783
11	DICIEMBRE	$ 1.599.290	$ 256.300	8499239420
12	ENERO	$ 1.599.290	$ 256.300	9401035181
13	FEBRERO	$ 1.599.290	$ 271.700	9402001384
14	MARZO	$ 1.599.290	$ 271.700	9403058980
15	ABRIL	$ 1.599.290	$ 271.700	9404970167
16	MAYO	$ 1.599.290	$ 157.600	9405272552
17	JUNIO	$ 156.452	$ 157.600	9406353281
18		$ 1.982.090		
19				
20				
21				
22				

Resumen de contrato	VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
	$ 1.705.000	$ 27.628.602	$ 27.628.602	$ 0

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: 2020-06-01 Hasta: 2020-06-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUTO O EVIDENCIA
1	1. Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la E.S.E.	1, Participacion en reuniones de area de vigilancia en salud publica 2, 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 seguimientoscoronavirus2020@gmail.com y soporte de casos positivos en el correo notificacionsintomascovidco@gmail.com.
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.	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 seguimientoscoronavirus2020@gmail.com y soporte de casos positivos en el correo notificacionsintomascovidco@gmail.com.
3	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	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. seguimientoscoronavirus2020@gmail.com y en el correo notificacionsintomascovidco@gmail.com.
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.	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

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

FIRMA DE LIDER O PROFESIONAL QUE VERIFICA LAS ACTIVIDADES	
NOMBRE:	NELCY AIDEE FLOREZ PADILLA CC 51952482
CARGO:	LIDER OPERATIVO VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA
FIRMA	Nelcy Aydeé Florez

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	MARIA CRISTINA DUARTE GARZON CC 35476691
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 1013590900		CAMACHO CAPADOR NIDIA JOHANNA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CAR 12 ESTE NUM 42 15 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2457044	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Período		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-05	2020-05	654126712	9406353281	I	2020/06/02	2020/06/16	BANCO DAVIVIENDA	14	$157,600

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)					$877,803	$26,400			$877,803	$109,800			$0	$0			$877,803	$21,400		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$877,803	$26,400			$877,803	$109,800			$0	$0			$877,803	$21,400		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$877,803	$26,400			$877,803	$109,800			$0	$0			$877,803	$21,400		$0	$0
1	CC	1013590900 CAMACHO NYDIA	Z30301	30	$877,803	$26,400	EPS005	30	$877,803	$109,800		0	$0	$0	14-7	30	$877,803	$21,400	0	$0	$0
Total Afiliados(1)					$877,803	$26,400			$877,803	$109,800			$0	$0			$877,803	$21,400		$0	$0

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 1013590900		CAMACHO CAPADOR NIDIA JOHANNA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CAR 12 ESTE NUM 42 15 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2457044	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-05	2020-05	654126712	9406353281	I	2020/06/02	2020/06/16	BANCO DAVIVIENDA	14	$157,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$26,400	$0	$0	$26,400
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$26,400	$0	$0	$26,400
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
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$109,800	$0	$0	$109,800
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$109,800	$0	$0	$109,800
TOTAL				1	$157,600	$0	$0	$157,600

2020/06/16 11:06 AM

aportes en línea

Pagos aportes en línea

Módulo de pagos electrónicos

Pago electrónico

El pago electrónico de su autoliquidación se ha realizado exitosamente

Resumen del pago electrónico

Dirección IP:	186.155.22.181
Estado de la transacción:	APROBADA
Clave planilla:	9406353281
Valor:	157,600
Período de pago:	2020-05
No Transacción (CUS):	654126712
Fecha:	2020/06/16
Banco:	BANCO DAVIVIENDA
Aportes en línea:	9999001472382

Aceptar

Imprimir

Copyright © 2020 Aportes en Línea. Todos los derechos reservados.

DAVIVIENDA

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS
654126712

Destino de pago
APORTES EN LINEA

Motivo
Pago de la Planilla de aportes con clave: 9406353281

Fecha
16/06/2020

Número de aprobación
00126712

Dirección IP
186.155.22.181

Valor transacción
$ 157.600,00

Referencia 1	Referencia 2	Referencia 3
186.155.22.181	CC	1013590900

Banco Davivienda S.A. Todos los derechos reservados 2017.

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-1897 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: LUZ EVERNY MOSQUERA MURILLO **C.C.** 1.076.382.728 **de:** TADO- CHOCO

Fecha Inicio: 2019-02-01 **Fecha Terminación inicial:** 2019-08-03 **Valor Mensual:** $ 2.197.015 **Valor a cobrar:** $ 2.138.542

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	$ 2.138.232	2561	2019-10-16	2019-11-21
6	$ 2.857.936	2988	2019-11-22	2020-01-03
7	$1.442.838	3563	2020-01-04	2020-03-03
8	$1807893	189		
9	$ 1.599.290	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	$ 1.877.097	1499	2020-06-04	2020-06-30
13				
14				
15				
16				
17				
18				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NUMERO DE PLANILLA
1	FEBRERO	$ 1.550.000	$ 256.300	8487484194
2	MARZO	$ 1.550.000	$ 256.300	8488828073
3	ABRIL	$ 1.599.290	$ 256.300	8489522683
4	MAYO	$ 1.599.290	$ 256.300	8490676533
5	JUNIO	$ 1.599.290	$ 256.300	8492842160
6	JULIO	$ 1.599.290	$ 256.300	8493693160
7	AGOSTO	$ 1.599.290	$ 256.300	8495000617
8	SEPTIMEBRE	$ 1.599.290	$ 256.300	8496204113
9	OCTUBRE	$ 1.599.290	$ 256.300	8497208419
10	NOVIEMBRE	$ 1.599.290	$ 256.300	8498324826
11	DICIEMBRE	$ 1.599.290	$ 256.300	9400519085
12	ENERO	$ 1.599.290	$ 256.300	9401148689
13	FEBRERO	$ 1.599.290	$ 271.700	9401344322
14	MARZO	$ 1.599.290	$ 271.700	9403237519
15	ABRIL	$ 1.599.290	$ 271.700	9404294040
16	MAYO	$ 1.599.290	$ 157.600	9405350718
17	JUNIO	$ 156.452	$ 157.600	9406505311
		$ 1.982.090		

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 1.705.000	$ 27.628.602	$ 27.628.602	$ 0

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:** 2020-06-01 **Hasta:** 2020-06-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las relacionadas en la minuta)	DESCRIPCION DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUTO O EVIDENCIA
1	1. Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE	Seguimiento covid 19	Se realiza seguimiento telefonico a cada caso y sus contactos diariamente
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.	Se presenta informacion y soportes solicitados con el fin de corroborar las actividades contractuales.Retroalimentacion diaria de las bases de seguimiento y notificacion de los casos y contactos covid -19 en los correos asignados para esta actividad.	Retroalimentacion diaria en drive casos probables, correo Seguimientocoronavirus2020@gmail.com y para seguimientos positivos y notificar para que les realicen la toma de muestras. notificacionsintomascovidco@gmail.com
3	3. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.	Se presenta cronograma de actividades del mes JULIO	Se entrega cronograma mes de JULIO 2020
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 habilitación y acreditación de servicios de salud.	Seguimiento diario a casos y contactos covid-19 según asignacion de lider de vigilancia en salud publica encargada ,asistencia a reunion de area	servidor sivigila 2020, se encuentran soportes de reunion de area
5	5. Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacios de vida o componente transversal. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.	Asistencia capacitacion seguimientos covid-19	EN LOS RESPECTIVOS DRIVE DE SEGUIMIENTOS Y NOTIFICACION SE EVIDENCIA LOS SOPORTES DE SEGUIMIENTOS TELEFONICOS DIARIOS
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

Luz Everny Mosquera
Firma del Contratista

C.C. 1.076.382.728 **de** TADO- CHOCO

FIRMA DE LIDER O PROFESIONAL QUE VERIFICA LAS ACTIVIDADES	
NOMBRE:	NELCY AYDEE FLOREZ PADILLA51952482
CARGO:	LIDER OPERATIVO VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA
FIRMA	Nelcy Aydee Florez

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	MARIA CRISTINA DUARTE GARZON CC 35376091
CARGO:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO EN SALUD
FIRMA	

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exoneracio SENA e ICBF
CC 1076382728		MOSQUERA MURILLO LUZ EVERNY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carrera 2 c #48r-59 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-05	2020-05	06505311	9406505311	I	2020/06/05	2020/06/09	BANCO AV VILLAS	0	$175,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing ret tde tae tdp tap vsp cor vst sln ige lma vac avp vct irl vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$877,803	$26,400			$877,803	$109,800			$877,803	$17,600			$877,803	$21,400		$0	$0		$175,200
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$877,803	$26,400			$877,803	$109,800			$877,803	$17,600			$877,803	$21,400		$0	$0		$175,200
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						$877,803	$26,400			$877,803	$109,800			$877,803	$17,600			$877,803	$21,400		$0	$0		$175,200
1	CC	1076382728 MOSQUERA LUZ		230301	30	$877,803	$26,400	EPS008	30	$877,803	$109,800	CCF24	30	$877,803	$17,600	14-7	30	$877,803	$21,400	30	$0	$0	No	$175,200
Total		**Afiliados(1)**				$877,803	$26,400			$877,803	$109,800			$877,803	$17,600			$877,803	$21,400		$0	$0		$175,200

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1076382728		MOSQUERA MURILLO LUZ EVERNY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carrera 2 c #48r-59 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-05	2020-05	06505311	9406505311	I	2020/06/05	2020/06/09	BANCO AV VILLAS	0	$175,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$26,400	$0	$0	$26,400
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$26,400	$0	$0	$26,400
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
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$17,600	$0	$0	$17,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$109,800	$0	$0	$109,800
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$109,800	$0	$0	$109,800
TOTAL				1	$175,200	$0	$0	$175,200

FULLCARGA COLOMBIA S.A.
** CORRESPONSAL BANCARIO **

** PAGO DE FACTURA **

TERMINAL: 00783761
FECHA: 2020-06-09
HORA: 13:25:46

CONVENIO: 1138
FACTURA: 9406505311
IMPORTE: 175.200
REFERENCIA FC: 21154782513

** COMPROBANTE VALIDO DE PAGO **
** POR FAVOR CONSERVELO **