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 4274 2020	**C.D.P. No.:**	1351	**Proceso al que pertenece:**	PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC
				Unidad a la que pertenece:	SALUD PUBLICA ESPACIO EDUCATIVO

Nombre del Contratista: SONIA DEL PILAR MEJIA RAMIREZ **C.C.** 1.014.231.612 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2020-05-21 **Fecha Terminación incial:** 2020-06-03 **Valor Mensual:** $ 3.570.149 **Valor a cobrar:** $ 3.570.149

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$2.749.037	1499	2020-06-04	2020-06-30
2	$ 27.717			
3	$ 7.612.165	1567	2020-07-01	2020-08-30
4				
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	MAYO	$ 1.110.307		
2	JUNIO	$ 302.811	$ 99.800	9407211770
3		$ 3.220.895		
4	JULIO	$ 3.570.149	$ 441.900	9408355985
5	AGOSTO	$ 3.570.149	$ 441.900	9409353303
6				
7				
8				
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
$1.857.259	$12.218.461	$ 11.774.311	$ 444.150

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO EN 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:** 2020-08-01 **Hasta:** 2020-08-30

	OBLIGACIONES ESPECIFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCION 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 E S E	Seguimientos a casos sde gestion del riesgo en gestantes y lactantes	Formato de caracterizacion de SDS espacio educativo gestion del riesgo en gestantes y lactantes
2	Apoyar la prestacion del servicio en el PIC, presentando la indormación y los soportes que soliciten y que corresponden al objeto y/o actividades contractuales y deacuerdo a los anexos y lineamientos contenidos en el contrato suscrito con el FFD.	Informe mensual espacio educativo Informacion requerida por la SDS Gestion Documental Seguimiento casos COVID -19	Pantallazo de informe enviado al espacio educativo. Descripcion de seguimientos realizados drives SDS espacio educativo gestion del riesgo en salud mental
3	Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.	Entrega de cronograma mensual de la implementación de las acciones desarrolladas en el espacio educativo	Cronograma fisico y digital.
4	Apoyar las actividades inherentes al objeto de contrato para el mejoramoento continuo de calidad y aquellas definidas, dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estandares de habilitación y acreditación en los servicios de salud	Realizacion de informes de balance espacio educativo Apropiación conceptual de las guias operativas correspondientes al Espacio Educativo Acompañamiento zona de cuidado COVID-19	Formato de identificación del riesgo
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	Entrega de soportes con cumplimiento de criterios para el proceso de digitación y cumplimiento de calidad.	Soportes diligenciados con criterios de calidad.

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

Sonia Mejia Ramirez
Firma del Contratista

C.C. 1 014 231 612 de BOGOTA

FIRMA DE LIDER O PROFESIONAL QUE VERIFICA LAS ACTIVIDADES	
NOMBRE:	JEIMI MONROY BELTRAN
CARGO:	REFERENTE ESPACIO EDUCACION
FIRMA	

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	YOHNNY LIRIOLA HERNANDEZ GARCIA
CARGO:	REFERENTE ESPACIO EDUCACION
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 1014231612		MEJIA RAMIREZ SONIA DEL PILAR	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 111 # 76-36	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
2020-07	2020-07	708624684	9409353303	I	2020/08/05	2020/08/11	BANCOLOMBIA	6	$441,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$228,500	$0	$0	$228,500
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$228,500	$0	$0	$228,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$34,800	$0	$0	$34,800
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$34,800	$0	$0	$34,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,600	$0	$0	$178,600
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$178,600	$0	$0	$178,600
TOTAL				**1**	**$441,900**	**$0**	**$0**	**$441,900**

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 1014231612		MEJIA RAMIREZ SONIA DEL PILAR	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 111 # 76-36	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

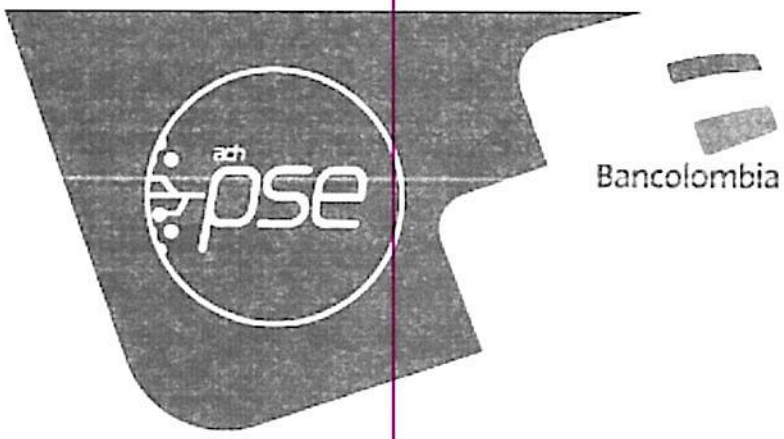
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-07	2020-07	708624684	9409353303	I	2020/08/05	2020/08/11	BANCOLOMBIA	6	$441,900

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)					**$1,428,059**	**$228,500**			**$1,428,059**	**$178,600**			**$0**	**$0**			**$1,428,059**	**$34,800**		**$0**	**$0**
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					**$1,428,059**	$228,500			**$1,428,059**	$178,600			$0	$0			$1,428,059	$34,800		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					**$1,428,059**	$228,500			**$1,428,059**	$178,600			$0	$0			$1,428,059	$34,800		$0	$0
1	CC	1014231612	MEJIA SONIA	230301	30	$1,428,059	$228,500	EPS005	30	$1,428,059	$178,600		0	$0	$0	14-7	30	$1,428,059	$34,800	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					**$1,428,059**	$228,500			**$1,428,059**	$178,600			$0	$0			$1,428,059	$34,800		$0	$0

Notificación

de pago en línea



Has recibido una notificación correspondiente a una transacción realizada a través de pagos PSE de Bancolombia.

Pago realizado por: SONIA DEL PILAR MEJIA RAMIREZ

Tienda virtual o recaudador: APORTES EN LINEA

Nro. de recibo: 9409353303

Descripción del pago: Pago de la Planilla de aportes con clave: 9409353303

Identificación del contribuyente: 190.60.254.237

Concepto: CC

Razón Social: 1014231612

Fecha y hora de la transacción: Martes 11 de Agosto de 2020 08:40:46 AM

Nro. de comprobante: 0000078252

Valor pagado: $ 441,900.00

Cuenta: *******3809

Bancolombia S.A.