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 1929/2019 **C.D.P. No.:** 188

Proceso al que pertene PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC

Unidad a la que perten SALUD PUBLICA - PROGRAMAS Y ACCIONES DE INTERES EN SALUD

Nombre del Contratista: NELEYI GUARACA PENAGOS **C.C.** 25.281.431 **de:** POPAYAN

Fecha 2019-02-01 **Fecha Terminación incial:** 2019-03-03 **Valor Mensual:** $ 3.404.940 **Valor a cobrar:** $ 3.404.940

ADICIÓN / OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 3.300.000	536	2019-03-04	2019-04-03
2	$ 9.884.820	738	2019-04-04	2019-08-03
3	$ 3.404.612	1611	2019-08-04	2019-09-03
4	$ 6.820.880	1901	2019-09-04	2019-10-15
5	$ 4.552.257	2561	2019-10-16	2019-11-20
6	$ 6.095.660	2988	2019-11-21	2020-01-03
7	$ 3.071.848	3563	2020-01-04	2020-03-03
8	$ 1.702.470	3645	2020-01-04	2020-03-03
9	$ 3.849.063	189	2020-01-04	2020-03-03
10	$ 3.404.940	597	2020-03-04	2020-04-03
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	FEBRERO	$ 3.300.000	$ 411.600	8488900341
2	MARZO	$ 3.300.000	$ 411.600	8489385292
3	ABRIL	$ 3.404.940	$ 409.700	8490553991
4	MAYO	$ 3.404.940	$ 422.900	8492151640
5	JUNIO	$ 3.404.940	$ 422.000	8492744409
6	JULIO	$ 3.404.612	$ 422.000	8493852278
7	AGOSTO	$ 3.404.940	$ 422.500	8494962972
8	SEPTIEMBRE	$ 3.404.940	$ 422.300	8496089783
9	OCTUBRE	$ 3.404.940	$ 422.300	8497246829
10	NOVIEMBRE	$ 3.404.940	$ 422.300	8498346047
11	DICIEMBRE	$ 3.404.940	$ 422.300	9400101162
12	ENERO	$ 3.404.940	$ 422.300	9401182972
13	FEBRERO	$ 3.404.940	$ 422.500	9402161844
14	MARZO	$ 3.404.940	$ 422.500	9403278238
15				
16				
17				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 3.630.000	$ 44.609.140	$ 44.054.012	$ 555.128

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO BACTERIOLOGA DESARROLLANDO ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2020-03-01 **Hasta:** 2020-03-31

	OBLIGACIONES ESPECIFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	Prestar servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con el FFD y la E.S.E	Informes mensuales Secretaria de salud
2	Apoyarar la prestacion del servicio en el PIC presentando la informacion y soportes que soliciten y corresponden al objeto y/o actividades contractuales y de acuerdo a	Programacion y asistencias tecnicas de Enfermedades transmitidas en Ips en IPS
3	Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar	Reunión asistencia Ty analisis Secretaria Distrital de Salud
4	Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de la calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estandares de habilitacion y acreditacion de servicios de salud	Seguimiento a casos ETV y entrega de tratamientos
5	Realizar visitas de campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal	Realizacion de asistencias Tenicas en IPS publicas y privadas de las 6 localidades
6		Cruce de bases de Sivigila Eventos ETV.
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

Firma del Contratista

C.C. 25.281.431 de POPAYAN

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	LUZ ADRIANA CASTAÑEDA MONTEALEGRE
CARGO:	COORDINADOR GESTION PROGRAMAS Y ACCIONES DE INTERES EN SALUD PUBLICA
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 25281431		GUARACA PENAGOS NELEYI	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 68D #40-53 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Período		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2020-02	2020-02	94789891	9403278238	I	2020/03/09	2020/03/12	BANCO DE OCCIDENTE	3	$422,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificacion	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,362,000	$218,000			$1,362,000	$170,300			$0	$0			$1,362,000	$33,200		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,362,000	$218,000			$1,362,000	$170,300			$0	$0			$1,362,000	$33,200		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,362,000	$218,000			$1,362,000	$170,300			$0	$0			$1,362,000	$33,200		$0	$0
1	CC 25281431	GUARACA NELEYI	230301	30	$1,362,000	$218,000	EPS016	30	$1,362,000	$170,300		0	$0	$0	14-7	30	$1,362,000	$33,200	0	$0	$0
Total Afiliados(1)					$1,362,000	$218,000			$1,362,000	$170,300			$0	$0			$1,362,000	$33,200		$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 25281431		GUARACA PENAGOS NELEYI	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 68D #40-53 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
2020-02	2020-02	94789891	9403278238	I	2020/03/09	2020/03/12	BANCO DE OCCIDENTE	3	$422,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,000	$500	$0	$218,500
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$218,000	$500	$0	$218,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$33,200	$100	$0	$33,300
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$33,200	$100	$0	$33,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$170,300	$400	$0	$170,700
COOMEVA	EPS016	805,000,427	1	1	$170,300	$400	$0	$170,700
TOTAL				1	$421,500	$1,000	$0	$422,500