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 1939/2019	**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 EDUCATIVO

Nombre del Contratista: LEIDY CAROLINA BERNAL SANCHEZ **C.C.** 1.023.893.122 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2018-02-01 **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				2019-12-02
4	$ 7.253.980	2988	2019-12-03	2020-02-03
5	$ 1.535.924	3563	2020-02-04	2020-03-03
6	$ 1.702.460	407	2020-02-04	2020-03-03
7	$ 3.404.940	597	2020-03-04	2020-04-03
8				
9				
10				
11				
12				
13				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	Febrero	$ 3.300.000	$ 408.400	8488512697
2	Marzo	$ 3.300.000	$ 408.400	8489359879
3	Abril	$ 3.404.940	$ 421.500	8490497241
4	Mayo	$ 3.404.940	$ 421.500	8492968903
5	Octubre	$ 3.404.940	$ 236.100	8496467919
6	Noviembre	$ 3.404.940	$ 421.500	8497911548
7	Diciembre	$ 3.404.940	$ 421.500	9400053436
8	Enero	$ 1.702.470	$ 421.500	9401141993
9	Febrero	$ 1.702.470	$ 271.700	9402200876
10	Marzo	$ 3.404.940	$ 271.700	9403228766
11				
12				
13				

Resumen de contrato	VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
	$ 3.630.000	$ 30.712.124	$ 30.434.580	$ 277.544

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN ENFERMERIA DESARROLLANDO ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESES

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

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE.	Realizar las acciones en las distintas Instituciones educativas
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.	Presentación de proceso de preauditoria con los productos conforme aperturas efectuadas
3	Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.	Asistencia a reunión de Espacio Educación
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.	Entrega de cronograma de las actividades programadas
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.	Entrega de actas y soportes.
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

Leidi Bernal.
Firma del Contratista

C.C. 1.023.893.122 **de** BOGOTA

FIRMA DEL LIDER O PROFESIONAL QUE VERIFICA LAS ACTIVIDADES	
NOMBRE Y CEDULA:	YERALDIN ROZO CC1069734363
CARGO:	PROFESIONAL DE APOYO
FIRMA	
FIRMA DEL SUPERVISOR DEL CONTRAT0	
NOMBRE Y CEDULA:	YOHNNY LIROLA HERNANDEZ CC 52493539
CARGO:	COORDINADORA 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 1023093122		BERNAL SANCHEZ LEIDY CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL23ASUR#2-29TORRE1APTS16	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3617313	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	9403228766	9403228766	I	2020/03/06	2020/02/27	BANCO BOGOTA	8	$271,780

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	$140,500			$877,803	$109,800			$0	$0			$877,803	$21,400		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$877,803	$140,500			$877,803	$109,800			$0	$0			$877,803	$21,400		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$877,803	$140,500			$877,803	$109,800			$0	$0			$877,803	$21,400		$0	$0
1	CC	1023093122	BERNAL LEIDY	25-14	30	$877,803	$140,500	EPS037	30	$877,803	$109,800		0	$0	$0	14-7	30	$877,803	$21,400	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					**$877,803**	**$140,500**			**$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 1023893122		BERNAL SANCHEZ LEIDY CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 33A SUR N2-39 TORRE 1 APT 516	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3617313	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	9483228766	9483228766	I	2020/03/06	2020/02/27	BANCO BOGOTA	0	$271,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$140,500	$0	$0	$140,500
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$140,500	$0	$0	$140,500
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
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$109,800	$0	$0	$109,800
TOTAL				1	$271,700	$0	$0	$271,700

Banco de Bogotá

NIT. 860.002.964-4

Comprobante de Recaudos

ESPACIO PARA EL TIMBRE

Esta transacción está sujeta a verificación posterior. El(los) cheque(s) depositado(s) se reciben "Salvo buen cobro" de manera que la operación solo se entiende efectiva si el (los) cheques(s) son pagado(s) por el (los) banco(s) librados. En caso de que el(los) cheque(s) sean devuelto(s) sin pago, esta operación se reversará y el (los) titulo(s) se entregará(n) por parte del Banco al titular de la cuenta en la que se deposita (ron). En consecuencia, el comprobante de pago que se entrega al depositario timbrado por el Banco, no implica constancia de pago respecto a las sumas no consignadas en efectivo.

El pago con tarjeta Débito/Crédito aplica únicamente para convenios de empresas autorizadas. En caso de inconveniente comuníquese con la entidad emisora de su tarjeta.

PLANILLA No.00000940322S766
Identificacion1023893122
VALOR PLANILLA:271,700.00

VALOR $ _____

Verifique que la información impresa en este formato sea correcta

21303332 (CRE_FOR_005 V1 21/01/2016)