#1952

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-1952-2019	C.D.P. No.:	188	Proceso al que pertenece:	PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PSPIC
				Unidad a la que pertenece:	SALUD PUBLICA - PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES.

Nombre del Contratista: MI JOHANA TRASLAVIÑA LOPEZ C.C. 53.009.094 de: BOGOTA

Fecha 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	2019-04-04	2019-08-03
3	$ 1.599.030	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				
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	NÚMERO DE PLANILLA
1	FEBRERO	$ 1.550.000	$ 256.300	8488720558
2	MARZO	$ 1.550.000	$ 256.300	8488919794
3	ABRIL	$ 1.599.290	$ 256.300	8490129394
4	MAYO	$ 1.599.290	$ 256.300	8491504144
5	JUNIO	$ 1.599.290	$ 256.300	8492966740
6	JULIO	$ 1.599.030	$ 256.300	8494358777
7	AGOSTO	$ 1.599.290	$ 256.300	8495541095
8	SEPTIEMBRE	$ 1.599.290	$ 256.300	8496680913
9	OCTUBRE	$ 1.599.290	$ 256.300	8497682625
10	NOVIEMBRE	$ 1.599.290	$ 256.300	8497826023
11	DICIEMBRE	$ 1.599.290	$ 256.300	9400585681
12	ENERO	$ 1.599.290	$ 256.300	9401614452
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	$ 19.145.486	$ 19.092.640	$ 52.846

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 SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Relación de actividades para el peri Desde: 2020-01-01 Hasta: 2020-01-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA
1	1. Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE.	Identifico la poblacion objeto del PAI, primordialmente menores de 5 años,60 años y gestantes, niñas de 9 a 20 años desde 4to grado de primaria 11 bachillerato, al igual que las niñas de 9 a 17 años desescolarizadas.
2	2. Apoya la prestación de servicios en el PIC presentando al información y/o soportes que soliciten y que corresponden 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 entrega la informacion de vacunados diariamente a la coordinacion extramural para ser digitada diariamente y ser informado las coberturas de la estrategia en todo momento
3	3. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.	Realizar actividades programadas en el cronograma mensual y realizar las observaciones pertinentes frente a las actividades que se realizaron y que no estaban plasmadas dentro del cronograma mensual.
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.	Desarrollar el proceso de vacunacion de acuerdo con las guias y manual tecnico administrativo.
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.	Realizar tacticas de vacunacion casa casa, seguimientos o concentraciones, a necesidad o según cronograma de actividades a realizar.

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. 53.009.094 de BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	LUZ ADRIANA CASTAÑEDA
CARGO:	REFERENTE DE GESTION PROGRAMAS Y ACCIONES.
FIRMA	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 53009094		TRASLAVIÑA LOPEZ MI JOHANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	DG 65 A # 18 P - 31 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
2019-12	2019-12	11479158	9401614452	I	2020/01/24	2020/01/08	BANCO DE OCCIDENTE	0	$256,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					**$828,116**	**$132,500**			**$828,116**	**$103,600**			**$0**	**$0**			**$828,116**	**$20,200**		**$0**	**$0**
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					**$828,116**	**$132,500**			**$828,116**	**$103,600**			**$0**	**$0**			**$828,116**	**$20,200**		**$0**	**$0**
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					**$828,116**	**$132,500**			**$828,116**	**$103,600**			**$0**	**$0**			**$828,116**	**$20,200**		**$0**	**$0**
1	CC 53009094	TRASLAVIÑA MI	230301	30	$828,116	$132,500	EPS002	30	$828,116	$103,600		0	$0	$0	14-7	30	$828,116	$20,200	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				**$828,116**	**$132,500**			**$828,116**	**$103,600**			**$0**	**$0**			**$828,116**	**$20,200**		**$0**	**$0**

X Mi Johana Traslaviña
CC 53.009.094

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 53009094		TRASLAVIÑA LOPEZ MI JOHANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	DG 65 A # 18 P - 31 Sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

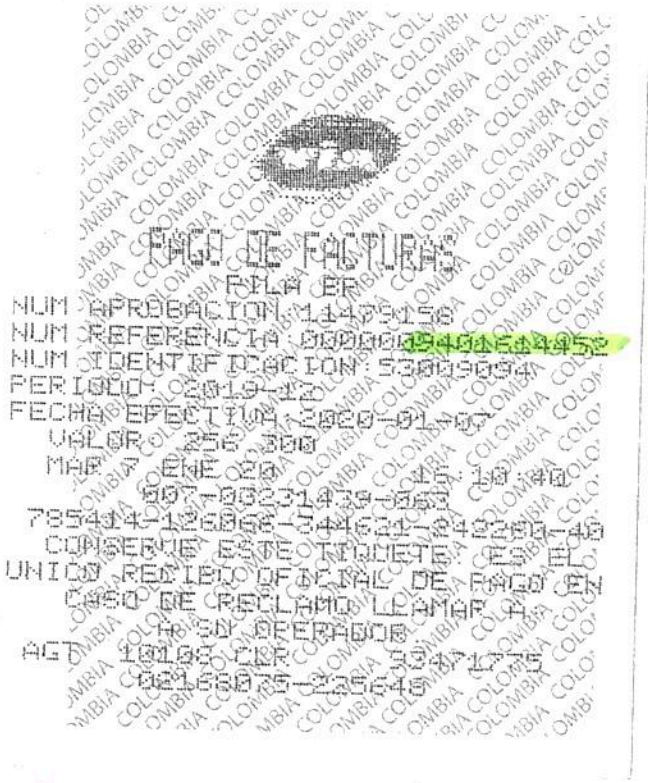
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2019-12	2019-12	11479158	9401614452	I	2020/01/24	2020/01/08	BANCO DE OCCIDENTE	0	$256,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$132,500	$0	$0	$132,500
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$132,500	$0	$0	$132,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$20,200	$0	$0	$20,200
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$20,200	$0	$0	$20,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$103,600	$0	$0	$103,600
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$103,600	$0	$0	$103,600
TOTAL				**1**	**$256,300**	**$0**	**$0**	**$256,300**

Mi Johana Traslaviña
Cc 53.009.094

#1452



PAGO DE FACTURAS

PILA BR

NUM APROBACION: 114096156

NUM REFERENCIA: 000000[redacted]

NUM IDENTIFICACION: 53009094

PERIODO: 2019-12

FECHA EFECTIVA: 2020-01-07

VALOR: 256.300

MAR 7 ENE 2020 16:10:40

007-0022314339-0000

785414-126866-344624-194022601-40

CONSERVE ESTE TIQUETE COMO EL

UNICO RECIBO OFICIAL DE PAGO EN

CASO DE RECLAMO. LLAMAR A

TU SU OPERADOR.

AGT 10100 CIRR 30471775

0021680879-235640

Mi Johana Trudarina

CC 53.009.094.