1456

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 – GESTION DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSION: 02
FECHA: 2020-05-04

I. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS-1952-2019	**C.D.P. No.:**	188	**Proceso al que pertene**	PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC
				Unidad a la que perten	SALUD PUBLICA - PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES

Nombre del Contratista:	MI JOHANA TRASLAVIÑA LOPEZ	**C.C.**	53.009.094	**de:**	BOGOTA
Fecha Inicio:	2019-02-01	**Fecha Terminación incial:**	2019-03-03	**Valor Mensual:**	$ 2.197.015
Valor a cobrar:	$ 2.197.015				

ADICION / 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	$ 1.807.893	189	2020-02-04	2020-03-03
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	$ 1.877.029	1499	2020-06-04	2020-06-30
13	$ 4.540.866	1657	2020-07-01	2020-08-31
14	$ 4.394.030	2710	2020-09-01	2020-10-31
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
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	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	FEBRERO	$ 1.599.290	$ 271.700	9402614241
14	MARZO	$ 1.599.290	$ 271.700	9403749645
15	ABRIL	$ 1.599.290	$ 271.700	9404562574
16	MAYO	$ 1.599.290	$ 157.600	9405840427
17	JUNIO	$ 156.438	$ 157.600	9407104593
18		$ 1.982.040		
19	JULIO	$ 2.197.015	$ 271.700	9408032912
20	AGOSTO	$ 2.197.015	$ 271.700	9408192864
21	SEPTIEMBRE	$ 2.197.015	$ 271.700	9410191161
22			$ 400	9410534276
20	OCTUBRE	$ 2.197.015	$ 272.100	9411445669
20				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 1.705.000	$ 36.563.174	$ 36.416.338	$ 146.836

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.

Relacion de actividades para el periodo: **Desde:** 2020-10-01 **Hasta:** 2020-10-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas 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.	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 17años desescolarizadas.	Producto en fisico y en magnético.
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	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	Producto en fisico y en magnético.
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 planeadas dentro del cronograma mensual.	Producto en fisico y en magnético.
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.	Desarrollar el proceso de vacunacion de acuerdo con las guias y manual tecnico administrativo.	Producto en fisico y en magnético.
5	5. Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal contenidadas 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.	Producto en fisico y en magnético.

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

Johana Lopez
Firma del Contratista

C.C. 53.009.094 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	DIANA CAROLINA BELTRAN
CARGO:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO 3
FIRMA	Diana Beltran A.

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	LUZ ADRIANA CASTAÑEDA
CARGO:	REFERENTE DE GESTION PROGRAMAS Y ACCIONES
FIRMA	PP/Marcela Camargo

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 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
2020-09	2020-09	766433266	9411445669	I	2020/10/23	2020/10/08	BANCO DAVIVIENDA	0	$272,100

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)					$878,806	$140,700			$878,806	$109,900			$0	$0			$878,806	$21,500		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$878,806	$140,700			$878,806	$109,900			$0	$0			$878,806	$21,500		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$878,806	$140,700			$878,806	$109,900			$0	$0			$878,806	$21,500		$0	$0
1	CC 53009094	TRASLAVIÑA MI	230301	30	$878,806	$140,700	EPS002	30	$878,806	$109,900		0	$0	$0	14-7	30	$878,806	$21,500	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$878,806	$140,700			$878,806	$109,900			$0	$0			$878,806	$21,500		$0	$0

Johana Lopez
53009094

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 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
2020-09	2020-09	766433266	9411445669	I	2020/10/23	2020/10/08	BANCO DAVIVIENDA	0	$272,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$140,700	$0	$0	$140,700
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$140,700	$0	$0	$140,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$21,500	$0	$0	$21,500
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$21,500	$0	$0	$21,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$109,900	$0	$0	$109,900
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$109,900	$0	$0	$109,900
TOTAL				**1**	**$272,100**	**$0**	**$0**	**$272,100**

Johana
53009094

2020/10/08 02:03 PM

#1952



DAVIVIENDA

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS
766433266

Destino de pago
APORTES EN LINEA

Motivo
Pago de la Planilla de aportes con clave: 9411445669

Fecha
08/10/2020

Número de aprobación
00433266

Dirección IP
179.18.6.87

Valor transaccion
$ 272.100,00

Referencia 1	Referencia 2	Referencia 3
179.18.6.87	CC	53009094

DAVIVIENDA



Jeneral apos
53.009.094.