1953

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-1953-2019	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:	MARIBEL OYOLA	C.C.	52.457.687	de:	BOGOTA
Fecha Inicio:	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				
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	FEBRERO	$ 1.550.000	$ 256.300	8488751598
2	MARZO	$ 1.550.000	$ 256.300	8488751598
3	ABRIL	$ 1.599.290	$ 256.300	8489996190
4	MAYO	$ 1.599.290	$ 256.300	8491280979
5	JUNIO	$ 1.599.290	$ 256.300	8493195787
6	JULIO	$ 1.599.030	$ 256.300	8494155478
7	AGOSTO	$ 1.599.290	$ 256.300	8495408163
9	SEPTIEMBRE	$ 1.599.290	$ 256.300	8496572148
10	OCTUBRE	$ 1.599.290	$ 256.300	8497734413
11	NOVIEMBRE	$ 1.599.290	$ 256.300	8498763888
12	DICIEMBRE	$ 1.599.290	$ 256.300	9400598012
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	$ 17.702.648	$ 17.493.350	$ 209.298

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 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Relación de actividades para el peri Desde: 2019-12-01 Hasta: 2019-12-31

	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	Identifico la poblacion objeto de PAI primordialmente menores de 5 años 60 años y gestantes niñas de 9 a 20 años desde 4to grado de primaria 11 de bachillerato al igual que las niñas de 9 a 17 años descolarizadas.
2	Apoyar la prestación de servicios en el PIC, prestando la información y/o soportes que soliciten y que correspondan al objeto y/o actividades contractuales y de acuerdo al ANEXO contenido 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	presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.	Realizar actividades programadas en el cronograma mensual y realizar las observaciones pertinentes frente a actividades que se realizaron y que no estaban planeadas dentro del cronograma mensual.
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 habilitacion y acreditacion de servicios de salud	desarrollar el proceso de vacunacion de acuerdo con las guias y manual tecnico administrativo.
5	realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componenete transversal.Contenidas en el formto de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.	realizar tacticas de vacunacion casa casa, seguimientos o concentraciones, a nesecidad o según cronograma de actividades a realizar.
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

Maribel Oyola
Firma del Contratista

C.C. 52.457.687 de BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	LUZ ADRIANA CASTAÑEDA
CARGO:	REFERENTE DE GESTION PROGRAMA Y ACCIO
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 52457687		OYOLA MARIBEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 4d N. 52 84	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2019-11	2019-11	06563305	9400598012	I	2019/12/19	2019/12/09	BANCO DE OCCIDENTE	0	$256,300

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)					$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 52457687	OYOLA MARIBEL	230201	30	$828,116	$132,500	EPS044	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

Maribel oyola
cc 52457687

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 52457687		OYOLA MARIBEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 4d N. 52 84	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
2019-11	2019-11	06563305	9400598012	I	2019-12/19	2019/12/09	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
PROTECCION	230201	800,229,739	0	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
MEDIMAS EPS	EPS044	901,097,473	5	1	$103,600	$0	$0	$103,600
TOTAL				**1**	**$256,300**	**$0**	**$0**	**$256,300**

Maribel oyola
CC 52457687

2019/12/09 09:39 AM

1953



PAGO DE FACTURAS
PILA BP
NUM APROBACION: 085633097
NUM REFERENCIA: 000000344005980012
NUM IDENTIFICACION: 52457687
PERIODO: 2019-11
FECHA EFECTIVA: 2019-12-07
VALOR: 256.300
SAB 7 DIC 19 10:05:57
341-08196525-136
786184-195761--144627-164260-40
CONSERVE ESTE TIQUETE. ES EL UNICO RECIBO OFICIAL DE PAGO.EN CASO DE RECLAMO LLAMAR A: A SU OPERADOR.
AGT 9299 CLR 79427804
03145006-113426

Maribel 04019

1953

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfmHZcOmwjA-JyE8JDmoa84cUUjY_zmJa4zlbBk3zK7p1LYFA/viewscore?vi

POST TEST CAPACITACIÓN SARLAFT

Puntos totales **100/100**

El siguiente instrumento tiene como finalidad evaluar el conocimiento obtenido como resultado de la capacitación sobre el Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo - SARLAFT en cumplimiento de la Circular Externa 009 de 2016 de la Superintendencia Nacional de Salud y el Manual de Políticas y Procedimientos SARLAFT de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. Para tal fin, responda cada uno de los diez enunciados de acuerdo a los rangos propuestos con honestidad y tranquilidad.

De conformidad con el marco normativo señalado anteriormente, tanto la capacitación como la respuesta al post-test son de carácter obligatorio para todo el personal de planta, Junta Directiva y el vinculado por Orden de Prestación de Servicios

Cada enunciado tiene un valor de 10 puntos y se superará la evaluación con un puntaje mínimo de 70/100.

El resultado de la evaluación debe ser impreso mediante un pantallazo (Impr Pant); en el caso de los colaboradores de planta y Junta Directiva deberán remitir copia del documentado generado al correo electrónico sarlaft@subredcentrooriente.gov.co

Para el personal vinculado mediante Orden de Prestación de Servicios y/o en proceso de contratación, deberán subir el resultado de la evaluación a la plataforma SECOP y enviar copia al correo electrónico sarlaft@subredcentrooriente.gov.co

Dirección de correo electrónico *

maribeloyola23@gmail.com

Documento de identificación *

52457687

Nombres y apellidos completos *

POST TEST CAPACI... PLANTILLA DE COH... ES 08:10 a.m.

medimás EPS

Certificación de afiliación

1953

Certificado de Afiliación

La Señora MARIBEL OYOLA , identificada con Cédula Ciudadanía 52.457.687, Presenta los siguientes datos, referentes al Plan Obligatorio de Salud POS e nuestra EPS044.

Información del Afiliado:

Nombre:	MARIBEL OYOLA		
Número de identificación:	52457687	Tipo Identificación:	Cédula Ciudadanía
Fecha afiliación (dd/mm/aaaa):	01/08/2017	Fecha de retiro:	
Estado actual:	VIGENTES	Razón de estado:	PILA
Tipo de Afiliado:	COTIZANTE	Nombre de Régimen	CONTRIBUTIVO
Dirección actual de residencia:	Kr 4 53 85 sur	Municipio residencia:	Bogotá D.C.
Teléfono actual de residencia:	7452312	Depto. Residencia:	SANTAFE DE BOGOTA DC

Documento Aportante	Razón Social	Fecha Inicio	Fecha Fin
52457687	OYOLA MARIBEL	01/08/2017	

Información de los beneficiarios:

Tipo de Afiliado	Identificación	TD	Nombre	Fecha afiliación	Estado	Fecha retiro	Parentesco

Señor afiliado por favor verifique sus datos básicos y de ser necesario realice la actualización de los mismos comunicándose con los siguientes teléfonos en Bogotá: 6510777 y en el resto del país 018000120777.

Se firma y expide en Bogotá a los 8 días del mes de Diciembre de 2019, a solicitud del interesado.

INFORMACION NO VALIDA PARA TRASLADO ENTRE EPS, NI PARA ACLARAR MULTIAFILIACION

SEÑOR USUARIO: RECUERDE QUE EL TRASLADO DE EPS ES UN MANEJO ENTRE LAS MISMAS.
DECRETO 806 ART. 55

CORDIALMENTE

Jairo Enrique Lancheros
Gerente de Operaciones
Elaboro: