

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: 02
 FECHA: 2020-05-04

I. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS-1967 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:	ANGIE CATHERINE COBOS TORRES			C.C.	1.033.751.561	
Fecha inicio:	2019-02-01	Fecha Terminación inicial:	2019-03-03	Valor Mensual:	\$ 2.197.015	
				de:	BOGOTA	
				Valor a cobrar:	\$ 2.197.015	

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	\$ 1.807.893	189	2020-01-04	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	\$ 1.480.597	3615	2020-11-01	2020-11-20
16	\$ 728.358	3782	2020-11-21	2020-11-30
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	8333000640
2	MARZO	\$ 1.550.000	\$ 256.300	33581425
3	ABRIL	\$ 1.599.290	\$ 256.300	34225386
4	MAYO	\$ 1.599.290	\$ 256.300	34621172
5	JUNIO	\$ 1.599.290	\$ 256.300	35365629
6	JULIO	\$ 1.599.030	\$ 256.300	36058628
7	AGOSTO	\$ 1.599.290	\$ 256.300	36683996
8	SEPTIEMBRE	\$ 1.599.290	\$ 256.300	8337326624
9	OCTUBRE	\$ 1.599.290	\$ 256.300	8337930063
10	NOVIEMBRE	\$ 1.599.290	\$ 256.300	8338586825
11	DICIEMBRE	\$ 1.599.290	\$ 256.300	8339226738
12	ENERO	\$ 1.599.290	\$ 256.300	8339717397
13	FEBRERO	\$ 1.599.290	\$ 271.700	8340513558
14	MARZO	\$ 1.599.290	\$ 271.700	8341085983
15	ABRIL	\$ 1.599.290	\$ 271.700	8341843613
16	MAYO	\$ 1.599.290	\$ 157.900	8342234890
17	JUNIO	\$ 156.438	\$ 157.900	42997935
18	JULIO	\$ 1.982.040	\$ 271.700	43637700
19	AGOSTO	\$ 2.197.015	\$ 271.700	44541326
20	SEPTIEMBRE	\$ 2.197.015	\$ 271.700	45054141
21	OCTUBRE	\$ 2.197.015	\$ 400	45380153
22	NOVIEMBRE	\$ 2.197.015	\$ 272.100	45691065
23	DICIEMBRE	\$ 2.197.015	\$ 272.100	46344122
24				

Resumen de contrato	VALOR INICIAL DEL CONTRATO \$ 1.705.000	VALOR TOTAL DEL CONTRATO \$ 38.772.129	PAGOS REALIZADOS \$ 36.416.338	SALDO DEL CONTRATO \$ 158.776
---------------------	--	---	-----------------------------------	----------------------------------

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICOS AUXILIARES 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 periodo: Desde: 2020-11-01 Hasta: 2020-11-30

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCION DEL DESARROLLO	PRODUCTO O EVIDENCIA
1 Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE.	Identifico la población 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.	producto en fisico
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 información de vacunados diariamente a la coordinación extramural para ser digitada diariamente y ser informado las coberturas de la estrategia en todo momento	producto en fisico y magnetico
3 Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.	Realizar actividades programadas en el cronogramamensual y realizar las obsevaciones pertinentes frente a actividades que se realizaron y que no estaban planeadas dentro del cronograma mensual.	producto en fisico y magnetico
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 vacunación de acuerdo con las guías y manual técnico administrativo.	producto en fisico y magnetico
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 tácticas de vacunación casa casa, seguimientos o concentraciones, a necesidad o según cronograma de actividades a realizar.	producto en fisico y magnetico

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

Angie Cebos Torres

Firma del Contratista

C.C. 1.033.751.561 de BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	DIANA CAROLINA BELTRAN
CARGO:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO 3
FIRMA	<i>Diana Beltrán A.</i>

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	LUZ ADRIANA CASTAÑEDA
CARGO:	REFERENTE DE GESTIÓN PROGRAMAS Y ACCIONES
FIRMA	<i>Luz Adriana Castañeda</i>

DATOS DEL APORTANTE									
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD			
CC	1033751561	ANGIE CATHERINE COBOS TORRES	CALLE 89 18 F 10 SUR	2009504	ANGIECOBOS.27@GMAIL.CO				
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO				
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.	NO			

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2020-10	2020-10	I	05/11/2020	46344122	\$289.700	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD									
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades	Licencia Maternidad	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	109.900	0	No. Autorización	Valor	0	0	0
					No. Autorización	Valor	0	0	0
								109.900	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336/004-7	140.700	0	0	0	0	0	0	0	140.700	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades	Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
14-7	Seguros Belívar S.A.	860002503-2	21.500	No. Autorización	Valor	21.500	0	0	21.500	Saldo a Favor	215	0	21.500	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	17.600	0	0	17.600	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
0	0	0	0	0
0	0	0	0	0
0	0	0	0	0
0	0	0	0	0
0	0	0	0	0
0	0	0	0	0

TOTALES POR SUBSISTEMA				
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar	No. Afiliados
Salud	1	109.900	109.900	1
Pensión	1	140.700	140.700	1
Riesgos Laborales	1	21.500	21.500	1
CCF	1	17.600	17.600	1
ESAP	0	0	0	0
ICBF	0	0	0	0
MEN	0	0	0	0
SENA	0	0	0	0
TOTALES	4	289.700	289.700	4



#1967

Bienvenido(a), **ANGIE CATHERINE COBOS TORRES**
Miércoles 4 de Noviembre de 2020, 07:04 PM
Código único CUS: 790573611

Resultado de su transacción

Destino de pago
COMPENSAR-OI

Motivo
MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Número de Aprobación
00573611

Fecha
04/11/2020

Dirección IP
181.53.12.35

Valor transacción
\$289.700,00

Referencia 1
181.53.12.35

Referencia 2
CC

Referencia 3
1033751561

