980

Secretaría Distrital 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: 02
FECHA: 2020-05-04

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 1980-2019	**C.D.P. No.:**	188	**Proceso al que pertene**	PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC
				Unidad a la que pertene	SALUD PUBLICA - PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES
Nombre del Contratista:	LIDIA LESMEZ ARIAS			**C.C.**	39.694.957 **de:** USAQUEN
Fecha Inicio:	2019-02-01	**Fecha Terminación incial:**	2019-03-03	**Valor Mensual:**	$ 2.197.015 **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				
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	8919226040
2	MARZO	$ 1.550.000	$ 256.300	8920393920
3	ABRIL	$ 1.599.290	$ 256.300	8921442880
4	MAYO	$ 1.599.290	$ 256.300	8922541100
5	JUNIO	$ 1.599.290	$ 256.300	8923147790
6	JULIO	$ 1.599.030	$ 256.300	8924555730
7	AGOSTO	$ 1.599.290	$ 256.300	8925552290
8	SEPTIEMBRE	$ 1.599.290	$ 256.300	8926566290
9	OCTUBRE	$ 1.599.290	$ 256.300	8927598120
10	NOVIEMBRE	$ 1.599.290	$ 256.300	8928564580
11	DICIEMBRE	$ 1.599.290	$ 256.300	8929471920
12	ENERO	$ 1.599.290	$ 256.300	8930337130
13	FEBRERO	$ 1.599.290	$ 271.700	8931191280
14	MARZO	$ 1.599.290	$ 271.700	8932427820
15	ABRIL	$ 1.599.290	$ 271.700	8933387310
16	MAYO	$ 1.599.290	$ 271.700	8934113080
17	JUNIO	$ 156.438	$ 271.700	8934967600
18		$ 1.982.040		
19	JULIO	$ 2.197.015	$ 271.700	8935843060
20	AGOSTO	$ 2.197.015	$ 271.700	8936530680
21	SEPTIEMBRE	$ 2.197.015	$ 271.700	8937370590
			$ 400	8938284340
22	OCTUBRE	$ 2.197.015	$ 272.100	8938284360

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.

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

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN 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 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	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

Lidia Lesmez
Firma del Contratista

C.C. 39.694.957 **de** USAQUEN

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	PPT Marcela Camargo

SuAporte | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2020-10-08, 01:45:44 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 8938284360

Periodo Cotización: septiembre de 2020 **Periodo Servicio:** septiembre de 2020 **Referencia pago (PIN):** 8903065266

PAGADO 08/10/2020

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LIDIA LESMES ARIAS		
Documento	CC39694957	**Dirección**	AV KRA 9 185B 36 INT 8
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	5889555
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	SEGUROS BOLIVAR

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	IRG	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 39694957	LIDIA LESMEZ ARIAS	59	00								X									0	30	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	$ 878.806	$ 140.700	(EPS005) EPS SANITAS	$ 878.806	$ 109.900	2,436	$ 878.806	$ 21.500	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 272.100

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 878.806	$ 878.806	$ 878.806	$ 0	$ 140.700	$ 109.900	$ 21.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 272.100	$ 0	$ 272.100

Lidia Lesmes R
cc 39694957

ARUS, Líneas Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77. Línea Ética: 018000 517806.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

1980

PAGO DE FACTURAS

PILA BP

NUM APROBACION:22125136
NUM REFERENCIA:00000085620652666
NUM IDENTIFICACION:39694957
PERIODO: 2020-09
FECHA EFECTIVA:2020-10-08
VALOR: 272.100
JUE 8 OCT 20 09:21:42
282-05244194-000
783890-470222-644623-925260-34
CONSERVE ESTE TIQUETE. ES EL UNICO RECIBO OFICIAL DE PAGO.EN CASO DE RECLAMO LLAMAR A: A SU OPERADOR.
AGT 805034 CLR 91152
01161275-600193

Lidia Lemez A
cc 39694957