1986

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

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS-1986 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: YENI ALEJANDRA MARTIN SALAS **C.C.** 52.827.751 **de:** BOGOTA

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	2019-08-03	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				
23				
24				
25				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD	NÚMERO DE PLANILLA
1	FEBRERO	$ 1.550.000	$ 256.300	8488750508
2	MARZO	$ 1.550.000	$ 256.300	8489605276
3	ABRIL	$ 1.599.290	$ 256.300	8490829339
4	MAYO	$ 1.599.290	$ 256.300	8491695068
5	JUNIO	$ 1.599.290	$ 256.300	8493030266
6	JULIO	$ 1.599.030	$ 256.300	8493946622
7	AGOSTO	$ 1.599.290	$ 256.300	8495122469
8	SEPTIEMBRE	$ 1.599.290	$ 256.300	8496264521
9	OCTUBRE	$ 1.599.290	$ 256.300	8497394778
10	NOVIEMBRE	$ 1.599.290	$ 256.300	8498523638
11	DICIEMBRE	$ 1.599.290	$ 256.300	9400255120
12	ENERO	$ 1.599.290	$ 256.300	9401372097
13	FEBRERO	$ 1.599.290	$ 271.700	9401395080
14	MARZO	$ 1.599.290	$ 271.700	9403410487
15	ABRIL	$ 1.599.290	$ 271.700	9404455122
16	MAYO	$ 1.599.290	$ 175.200	9405648965
17	JUNIO	$ 156.438	$ 175.200	9406713517
18		$ 1.982.040		
19	JULIO	$ 2.197.015	$ 271.700	9407793107
20	AGOSTO	$ 2.197.015	$ 271.700	9408840929
21	SEPTIEMBRE	$ 2.197.015	$ 271.700	9409897181
22			$ 400	9410533799
23	OCTUBRE	$ 2.197.015	$ 272.100	9411004444
24	NOVIEMBRE	$ 2.197.015	$ 272.100	9412132786
25				

Resumen de contrato	VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
	$ 1.705.000	$ 38.772.129	$ 38.613.353	$ 158.776

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 CENTROORIENTE E.S.E.

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2020-11-01 **Hasta:** 2020-11-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
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 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 estándares 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 del 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

Yenny Martín
Firma del Contratista

C.C 52.827.751 **de** BOGOTA

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

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

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 52827751		MARTIN SALAS YENI ALEJANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 59B SUR 30 12	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7181846	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-10	2020-10	38702561	9412132786	I	2020/11/13	2020/11/09	BANCO DE OCCIDENTE	0	$289,700

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			$878,806	$17,600			$878,806	$21,500		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$878,806	$140,700			$878,806	$109,900			$878,806	$17,600			$878,806	$21,500		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$878,806	$140,700			$878,806	$109,900			$878,806	$17,600			$878,806	$21,500		$0	$0
1	CC 52827751	MARTIN YENI	25-14	30	$878,806	$140,700	EPS008	30	$878,806	$109,900	CCF24	30	$878,806	$17,600	14-7	30	$878,806	$21,500	30	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$878,806	$140,700			$878,806	$109,900			$878,806	$17,600			$878,806	$21,500		$0	$0

Yeni Martin
CC 52827751

2020/11/09 09:45 AM

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 52827751		MARTIN SALAS YENI ALEJANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 59B SUR 30 12	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7181846	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-10	2020-10	38702561	9412132786	I	2020/11/13	2020/11/09	BANCO DE OCCIDENTE	0	$289,700

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
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	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
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$17,600	$0	$0	$17,600
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$17,600	$0	$0	$17,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$109,900	$0	$0	$109,900
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$109,900	$0	$0	$109,900
TOTAL				1	$289,700	$0	$0	$289,700

Yeni Martin
CC 52827751

2020/11/09 09:45 AM

EMPRESA: EFECTIVO LTDA.
NIT.830.131.993-1
Calle 96 No. 12-55 Bogota

PAGO DE FACTURAS

1506 PLANILLA AS APORTES EN LINEA

CORRESPONSAL BANCO DE OCCIDENTE

REFERENCIA	9412132786
NUMERO DE APROBACION	702561
Fecha:	07/11/2020 12:14:50
DV:	147706
NUM. TRANSACCION	1022449249
Valor	$289.700,00

CORRESPONSAL BANCARIO PARA BANCO DE OCCIDENTE. LA IMPRESION DE ESTE TIQUETE IMPLICA SU ACEPTACION. VERIFIQUE LA INFORMACION. ESTE ES EL UNICO RECIBO OFICIAL DE PAGO. LINEA NACIONAL: 01 8000 512825.ANTES DE RETIRARSE DEL PUNTO DE ATENCION VERIFIQUE REFERECIA DE PAGO, PROYECTO,LA FECHA, HORA, TIPO Y MONTO DEL SOPORTE DE PAGO REALIZADO. SI NO ESTA DE ACUERDO CON LA INFORMACION ALLI INCORPORADA O LA MISMA NO CORRESPONDE A LA INFORMACION DEL PAGO REALIZADO, INFORMELE DE MANERA INMEDIATA AL CAJERO LA CORRECCION REQUERIDA PARA HACER LAS CORRECCIONES A QUE HAYA LUGAR. DE LO CONTRARIO, NI EFECTY NI BANCO DE OCCIDENTE S.A. NO ASUMIRA LA RESPONSABILIDAD SOBRE RECLAMOS POSTERIORES.

PS Recaudador: 908310 CIUDAD BOLIVAR
DG 60 SUR

Cajero: PAANMOLE

Recibi Conforme: Yuly Martin

C.C. 52827721