182

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: 02
FECHA: 2020-05-04

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 4281 2020	**C.D.P. No.:**	1348
Proceso al que pertenece:	PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC		
Unidad a la que pertenece:	SALUD PUBLICA		
Nombre del Contratista:	DANIEL ARTURO CHAPARRO PEÑA	**C.C.**	1.018.449.068 **de:** BOGOTÁ
Fecha Inicio:	2020-05-28	**Fecha Terminación incial:**	2020-10-31
Valor Mensual:	$ 3.570.149	**Valor a cobrar:**	$ 3.570.149

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 2.645.856	1499	2020-06-01	2020-06-30
2	$ 7.715.346	1657	2020-07-01	2020-08-31
3	$ 5.000.000	2710	2020-09-01	2020-10-31
4	$ 2.405.970	3615	2020-11-01	2020-11-20
5	$ 1.183.582	3782	2020-11-21	2020-11-30
6	$ 1.785.076	3952	2020-12-01	2020-12-15
7	$ 3.570.149	4111	2020-12-16	2021-01-15
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	MAYO	$ 1.026.203	$ 85.100	1030593665
2	JUNIO	$ 302.814		
3		$ 3.220.895	$ 85.100	1030593665-103078872
4	JULIO	$ 1.785.076	$ 271.700	1031383642
5	AGOSTO	$ 3.570.149	$ 437.700	1031847897
6	SEPTIEMBRE	$ 3.570.149	$ 441.900	1032511661-103262512
7	OCTUBRE	$ 3.570.149	$ 441.900	1033070461
8	NOVIEMBRE	$ 3.570.149	$ 441.900	1033868810
9	DICIEMBRE	$ 3.570.149	$ 441.900	1034304505
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 1.960.440	$ 26.266.419	$ 24.185.733	$ 2.080.686

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO EN PSICOLOGA 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:** 2020-12-01 **Hasta:** 2020-12-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUTO O EVIDENCIA
1	Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE.	Elaboración y cumplimiento de los productos del componente de transmisibles	\\ubh-srv-001\Vigilancia Epidemiologica\SIVIGILA_2020
2	Apoyar la prestación de servicios en el PIC, presentando la información y/o soportes que soliciten y que corresponde al objeto y/o actividades contractuales y de acuerdo a los anexos y lineamientos contenidos en el Contrato suscrito con el Fondo Financiero Distrital.	160 Intervenciones Epidemiologicas de Campo de COVID * Busqueda de contactos * Activacion toma de muestras * Aducacion en etiqueta de tos, lavado de manos	\\ubh-srv-001\Vigilancia Epidemiologica\SIVIGILA_2020\EC\IEC_SIVIGILA\346_COVID19 \\ubh-srv-001\Vigilancia Epidemiologica\SIVIGILA_2020\EC\IEC_SIVIGILA\348_COVID_19 \\ubh-srv-001\Vigilancia Epidemiologica\SIVIGILA_2020\EC\IEC_SIVIGILA\345_ESI_IRAG
3	Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.	Cronograma mensual de actividades y entrega de productos a los diferentes auditores, actores y supervisores que realizan las auditorias respectivas.	Entrega en fisico a Jaime Rodriguez del Cronograma mensual de actividades.
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.	Induccion al area de transmisibles capacitacion en elementos de protección personal	Actas en fisico reposan en archivo lider transmisibles
5	Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacios de vida o componente transversal.	160 Intervenciones Epidemiologicas de Campo de COVID * Busqueda de contactos * Activacion toma de muestras * Aducacion en etiqueta de tos, lavado de manos	\\ubh-srv-001\Vigilancia Epidemiologica\SIVIGILA_2020\EC\IEC_SIVIGILA\346_COVID19 \\ubh-srv-001\Vigilancia Epidemiologica\SIVIGILA_2020\EC\IEC_SIVIGILA\348_COVID_19 \\ubh-srv-001\Vigilancia Epidemiologica\SIVIGILA_2020\EC\IEC_SIVIGILA\345_ESI_IRAG

Observaciones:

Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL. Mayo 2020
En caso de tener contrato nuevo se debe anexar también la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro

Firma del Contratista

C.C. 1.018.449.068 **de** BOGOTÁ

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	LADY VIVIANA RODRIGUEZ GALINDO 52975862
CARGO:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO EN SALUD
FIRMA	

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	MARIA CRISTINA DUARTE GARZON 35376691
CARGO:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO EN SALUD
FIRMA	

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2020-12-10, 04:49:35 PM Tipo Planilla I Número Planilla 1034304505 Referencia pago(PIN) 8820126190

Periodo Cotización 202011 Periodo Servicio 202011

Cliente:

PAGADA 2020-12-10

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	DANIEL ARTURO CHAPARRO PEÑA				
Documento	CC 1018449068	**Dirección**	CR 57A #4 G - 07		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3228442179		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1018449068		Residente		Exonerado	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	57	00					CHAPARRO PEÑA DANIEL ARTURO	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																										Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
INC	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
						X									0	30	30	30	0			$ 1.428.060	230301		16 %	$ 1.428.060	$ 228.500	$ 0	$ 0	EPS017		12.5 %	$ 1.428.060	$ 178.600	$ 0	14-23	3	2.436 %	$ 1.428.060	$ 34.800	NIN-CC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	FAMISANAR EPS	POSITIVA DE SEGUROS	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 228.500	$ 0	$ 0	$ 178.600	$ 34.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 441.900

Daniel Artuo Chaparro
PS_4281-2020

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

EMPRESA: EFECTY S.A.
NIT 830 [illegible]-1
Calle 98 No [illegible] Bogota

PAGO DE FACTURAS

1136 PLANILLA ASISTIDA SIMPLE

CORRESPONSAL BANCO DE OCCIDENTE

REFERENCIA	8819757850
NUMERO DE APROBACION	401273
Fecha:	18/11/2020 15:20:25
DO:	603173
NUM. TRANSACCION	1023221078
Valor	$441.900,00

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 REFERENCIA DE PAGO, PROVEEDOR, 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: 010603 GALAN
(TRINIDAD) KRA 56 ::

Cajero: IVALDERRAM

Recibi Conforme: _____

C.C. _____

Scanned by CamScanner