#7005

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 2005-2019 **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 INMUNIZACION

Nombre del Contratista: ALBA STELLA GOMEZ PELAYO **C.C.** 1.023.906.259 **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	2563	2019-10-16	2019-11-20
6	$ 2.857.936	2988	2019-11-21	2020-01-03
7				
8				
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	32732517
2	MARZO	$ 1.550.000	$ 256.300	33327179
3	ABRIL	$ 1.599.290	$ 256.300	33938070
4	MAYO	$ 1.599.290	$ 256.300	34571340
5	JUNIO	$ 1.599.290	$ 256.300	35206351
6	JULIO	$ 1.599.030	$ 256.300	35790681
7	AGOSTO	$ 1.599.290	$ 256.300	36466867
8	SEPTIEMNRE	$ 1.599.290	$ 256.300	8337095802
9	OCTUBRE	$ 1.599.290	$ 256.300	37741597
10	NOVIEMBRE	$ 1.599.290	$ 236.100	38625722
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 1.705.000	$ 17.702.648	$ 15.894.060	$ 1.808.588

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:** 2019-11-01 **Hasta:** 2019-10-30

	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 E.S.E	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. 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.	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 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 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	realizar las mactividades en campo deacuerdo alos anexos operativos de cada espacio de vivienda o componentes transversales contenodas en el formato de nesecidad de personas	realizar tacticas de vacunacion casa casa seguimientos o concentraciones a necesidad segum 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

Firma del Contratista

C.C. 1.023.906.259 **de** BOGOTA

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

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): ALBA STELLA GOMEZ PELAYO
No. Identificación: CC1023906259
Dirección: CRA 11 A N 41 52 SUR
Telefono: 1234567
Correo: albag1091@hotmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 38625722

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	ALBA STELLA GOMEZ PELAYO
Tipo y número de identificación	CC1023906259
Número de planilla	38625722
Fecha pago	2019-11-12
Número de autorización pago	650061
Banco	1083

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	octubre de 2019
Periodo de Cotización Pensión	octubre de 2019
Número de Administradoras	2
Total Pagado	236100
Total Intereses de Mora	0

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
230301	Porvenir	132500	1
EPS008	Compensar EPS	103600	1

38625722

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1023906259
APELLIDOS Y NOMBRES: ALBA STELLA GOMEZ PELAYO

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	230301	828116	828116	0	0	103600	0	132500	0	0	0

Alba Gomez
1023906259.

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compen

COMPENSAR
Caja de Compensación Familiar
NIT 860.066.942-7
Conmutador 4280666

Recibo de Caja No.	*1407740698K255*
Fecha	08.11.2019
Sede	AV1M
Beneficiario	alba stella gomez pelayo
Identificación	1023906259
Episodio No.	
Referencia.	

COD CONCEPTO	CONCEPTO	VALOR
98	ING MI PLANILLA	$ 236.100

Por la suma de: DOSCIENTOS TREINTA Y SEIS MIL CIEN PESOS M/L
Valor total: $ *236.100,00*

FORMA DE PAGO	RECIBO DE CAJA No.	VALOR
Efectivo		*$ 240.100*
Total recibido		***$ 240.100***
Cambio		*$ 4.000*

Observaciones: 416208338625722
MiPlanillaAsistido

Caja No: K255
Recaudador: JORGE DUVAN TRUJILL
Imprime: JORGE DUVAN TRU

Alba Gomez 1023906259

Utilice su número de identificación como PIN
Suministre en los siguientes puntos

Banco de Bogotá
Banco AV Villas
Banco de Occidente

Identificación aportante: 1023906259
Fecha liquidación: 08/11/2019 04:30 P.M.
Tipo de planilla:
Número de planilla: 833862722
Periodo liquidación: Octubre 2019
Fecha límite de pago: 18/11/2019
Valor a pagar: $ 236.100
Información de la planilla
AFP - Porvenir $ 132.500
EPS - Compensar EPS $ 103.600
Novedades reportadas

PIN para pago en otras entidades
Periodo Pensión - Salud: Octubre 2019
833862722
(Cuéntenos el número de planilla)

1023906259
(Suministre el número de identificación)
Pensión Pensión-Salud 2019 - (10) OCTUBRE

compensar | miplanilla.com