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-1890 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 - EPIDEMIOLOGIA

Nombre del Contratista: MARIA ELENA ROJAS LOZANO C.C. 52.064.149 de: BOGOTA

Fecha Inicio: 2019-02-01 Fecha Terminación incial: 2019-08-03 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	2019-04-03	2019-08-03
3	$ 1.599.290	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	2019-11-21
6	$ 2.857.936	2988	2019-11-22	2020-01-03
7	$1.442.838	3563	2020-01-04	2020-03-03
8	$1807893	189		
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	$ 1.877.097	1499	2020-06-04	2020-07-30
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	$ 1.098.480	3919	2020-12-16	2021-01-15
18	$ 2.232.835	4111	2020-12-16	2021-01-15
19	$ 1.098.480	108	2021-01-16	2021-01-31
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	8487484194
2	MARZO	$ 1.550.000	$ 256.300	8488828073
3	ABRIL	$ 1.599.290	$ 256.300	8489522683
4	MAYO	$ 1.599.290	$ 256.300	8490676533
5	JUNIO	$ 1.599.290	$ 256.300	8492842160
6	JULIO	$ 1.599.290	$ 256.300	8493693160
7	AGOSTO	$ 1.599.290	$ 256.300	8495000617
8	SEPTIMEBRE	$ 1.599.290	$ 256.300	8496204113
9	OCTUBRE	$ 1.599.290	$ 256.300	8497857529
10	NOVIEMBRE	$ 1.599.290	$ 256.300	8498461024
11	DICIEMBRE	$ 1.599.290	$ 256.300	9400212849
12	ENERO	$ 1.599.290	$ 256.300	9401247832
13	FEBREO	$ 1.599.290	$ 271.700	9402259690
14	MARZO	$ 1.599.290	$ 271.700	9403374474
15	ABRIL	$ 1.599.290	$ 271.700	9404399796
16	MAYO	$ 1.599.290	$ 271.700	94061211657
17	JUNIO	$ 2.138.542	$ 157.600	9406667861
18	JULIO	$ 2.197.015	$ 271.700	9407719300
19	AGOSTO	$ 2.197.015	$ 272.100	9408787614
20	SEPTIMEBRE	$ 2.197.015	$ 272.100	9410403551
21	OCTUBRE	$ 2.197.015	$ 272.100	9410957212
22	NOVIEMBRE	$ 2.197.015	$ 272.100	9412090156
23	DICIEMBRE	$ 2.197.015	$ 272.100	9413223596
24	ENERO	$ 2.197.015	$ 272.100	9414231111

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 1.705.000	$ 43.202.248	$ 43.043.472	$ 194.541

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 CENTRO ORIENTE E.S.E

Relación de actividades para el period Desde: 2021-01-01 Hasta: 2021-01-31

	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	Seguimiento covid 19	Se realiza seguimiento telefonico a cada caso y sus contactos diariamente
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 presenta informacion y soportes solicitados con el fin de corroborar las actividades contractuales.Retroalimentacion diaria de las bases de seguimiento y notificacion de los casos y contactos covid -19 en los correos asignados para esta actividad.	Retroalimentacion diaria en drive casos probables, correo Seguimientocoronavirus2020@gmail.com y para seguimientos positivos y notificar para que les realicen la toma de muestras: notificacionsintomascovidco@gmail.com
3	3. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.	Se presenta cronograma de actividades del mes correspondiente y su actualizacion correspondiente	Se entrega cronograma de mes correspondiente
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 estandares de habilitación y acreditación de servicios de salud.	Seguimiento diario a casos y contactos covid-19 según asignacion de lider de vigilancia en salud publica encargada ,asistencia a reunion de area	servidor sivigila , se encuentran soportes de reunion de area
5	5. Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacios de vida o componente transversal. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.	Asistencia capacitacion seguimientos covid-19	Reporte en la pagina suresoc y dante aplicativo de secretaria de salud distrital de salud. Se registra los acompañamientos de salud telefonicos realizados a los casos asignados

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

María Elena Rojas Lozano
Firma del Contratista

C.C. 52.064.149 de BOGOTA

FIRMA DE LIDER O PROFESIONAL QUE VERIFICA LAS ACTIVIDADES	
NOMBRE:	LADY VIVIANA RODRIGUEZ GALINDO CC 52975862
CARGO:	LIDER OPERATIVA
FIRMA	

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	LADY VIVIANA RODRIGUEZ GALINDO CC 52975862
CARGO:	REFERENTE ENCARGADA VIGILANCIA EN SALUD PUBLI
FIRMA	

aportes en línea

Resumen General de Pago

PS 1890_2019_MARIA ELENA ROJAS

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52064149		ROJAS LOZANO MARIA ELENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 77B#107-82	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4316785	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-12	2020-12	76138230	9414231111	I	2021/01/14	2020/12/24	BANCO DE OCCIDENTE	0	$272,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$878,806	$140,700			$878,806	$109,900			$0	$0			$878,806	$21,500		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$878,806	$140,700			$878,806	$109,900			$0	$0			$878,806	$21,500		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$878,806	$140,700			$878,806	$109,900			$0	$0			$878,806	$21,500		$0	$0
1	CC 52064149	ROJAS MARIA	25-14	30	$878,806	$140,700	EPS008	30	$878,806	$109,900		0	$0	$0	14-7	30	$878,806	$21,500	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$878,806	$140,700			$878,806	$109,900			$0	$0			$878,806	$21,500		$0	$0

PS-18910-2019- MARIA ELENA ROJAS

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	9414231111
NUMERO DE APROBACION	138230
Fecha:	24/12/2020 14:48:38
DO:	254592
NUM. TRANSACCION	102621156
Valor	$272.100,00

CORRESPONSAL BANCARIO PARA BANCO DE OCCIDENTE. LA IMPRESIÓN DE ESTE TIQUETE IMPLICA SU ACEPTACIÓN. VERIFIQUE LA INFORMACIÓN, ESTE ES EL ÚNICO RECIBO OFICIAL DE PAGO. LÍNEA NACIONAL: 018000512825. ANTES DE RETIRARSE DEL PUNTO DE ATENCIÓN VERIFIQUE REFERENCIA DE PAGO, CONVENIO, LA FECHA, HORA, TIPO Y MONTO DEL SOPORTE DE PAGO REALIZADO. SI NO ESTÁ DE ACUERDO CON LA INFORMACIÓN ALLÍ INCORPORADA O LA MISMA NO CORRESPONDE A LA INFORMACIÓN DEL PAGO REALIZADO, INFÓRMELE DE MANERA INMEDIATA AL CAJERO LA CORRECCIÓN REQUERIDA PARA HACER LAS CORRECCIONES A QUE HAYA LUGAR. DE LO CONTRARIO, NI EFECTY NI BANCO DE OCCIDENTE S.A. ASUMIRÁN LA RESPONSABILIDAD SOBRE RECLAMOS POSTERIORES.

PS Recaudador: 995790 GARCES NAVAS CRA 109

Cajero: OLCASARE

Recibi Conforme:_____

C.C._____