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 – GESTION DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CODIGO: AP-GA-F-014
VERSION: 02
FECHA: 2020-05-04

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 2013-2019	C.D.P. No.:	188	Proceso al que pertenece:	PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC
				Unidad a la que pertenece:	SALUD PUBLICA - ESPACIO EPIDEMIOLOGIA

Nombre del Contratista: JUAN CARLOS ROJAS RODRIGUEZ C.C. 79.851.176 de BOGOTA

Fecha Inicio: 2019-02-01 Fecha Terminación incial: 2019-03-03 Valor Mensual: $ 1.647.761 Valor a cobrar: $ 1.647.761

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 4.193.560	738	2019-04-04	2019-08-03
2	$ 1.444.392	1611	2019-08-04	2019-09-03
3	$ 2.900.040	1901	2019-09-04	2019-10-15
4	$ 1.931.346	2561	2019-10-16	2019-11-20
5	$ 2.581.008	2988	2019-11-21	2020-01-03
6	$ 1.303.208	3563	2020-01-04	2020-03-03
7	$ 1.632.936	189	2020-02-01	2020-03-03
8	$ 1.444.520	597	2020-03-04	2020-04-03
9	$ 1.444.520	960	2020-04-04	2020-05-03
10	$ 1.444.520	1397	2020-05-04	2020-06-03
11	$ 1.396.412	1499	2020-06-04	2020-06-30
12	$ 3.385.559	1657	2020-07-01	2020-08-31
13	$ 3.296.000	2710	2020-09-01	2020-10-31
14	$ 1.110.448	3615	2020-11-01	2020-11-20
15	$ 546.269	3782	2020-11-21	2020-11-30
16	$ 823.000	3952	2020-12-01	2020-12-15
17	$ 1.674.626	4111	2020-12-16	2021-01-15
18	$ 823.860	108	2021-01-16	2021-01-31
19				
20				
21				
22				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	MARZO	$ 1.400.000	$ 256.300	8489946987
2	ABRIL	$ 1.444.520	$ 256.300	8491039701
3	MAYO	$ 1.444.520	$ 256.300	8491705929
4	JUNIO	$ 1.444.520	$ 256.300	8492974882
5	JULIO	$ 1.444.392	$ 256.300	8494129105
6	AGOSTO	$ 1.444.520	$ 256.300	8495384405
7	SEPTIEMBRE	$ 1.444.520	$ 256.300	8496512125
8	OCTUBRE	$ 1.444.520	$ 256.300	8497704611
9	NOVIEMBRE	$ 1.444.520	$ 256.300	8498738270
10	DICIEMBRE	$ 1.444.520	$ 256.300	9400540218
11	ENERO	$ 1.444.520	$ 256.300	9401376166
12	FEBRERO	$ 1.444.520	$ 271.700	9401550841
13	MARZO	$ 1.444.520	$ 271.700	9403710457
14	ABRIL	$ 1.444.520	$ 271.700	9404715376
15	MAYO	$ 1.444.520	$ 157.600	9405864291
16	JUNIO	$ 141.311 $ 1.486.566	$ 157.600	9406946380
17	JULIO	$ 1.647.761	$ 271.700	9408053605
18	AGOSTO	$ 1.647.761	$ 271.700	9409044924
19	SEPTIEMBRE	$ 1.647.761	$ 271.700	9410074244
20	OCTUBRE	$ 1.647.761	$ 271.700	9411188052
21	NOVIEMBRE	$ 1.647.761	$ 271.700	9412308259
22	DICIEMBRE	$ 1.647.761	$ 271.700	9413440785
23	ENERO	$ 1.647.761	$ 271.700	9414261518

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 1.540.000	$ 34.916.224	$ 34.785.356	$ 130.868

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

OBJETO DEL CONTRATO

Prestar servicios como digitador 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	Recepción, digitación y verificación de formatos sivigila-covid 19	Equipos computo secretaria de salud aplicativo sistema de información del laboratorio salud pública (SILASP)
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.	Digitar resultados covid 19	Bases web secretaria distrital de salud
3	3. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.	Digitar formatos covid 19	Bases web secretaria distrital de salud
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.	Revision formatos covid 19	Bases web secretaria distrital de salud
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 de personal que hace parte integral del presente contrato espacio de vida o componente transversal.	Recepción, digitación y verificación de formatos sivigila-covid 19	Archivo

Observaciones:

Firma del Contratista

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

C.C. 79.851.176 de BOGOTA

FIRMA DEL LIDER O PROFESIONAL QUE VERIFICA LAS ACTIVIDADES	
NOMBRE:	LEIDY VIVIANA RODRIGUEZ CC:52.975.862
CARGO:	LIDER TRASMISIBLES
FIRMA	
VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	LEIDY VIVIANA RODRIGUEZ CC:52.975.862
CARGO:	LIDER TRASMISIBLES
FIRMA	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificacion	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Telefono	Exonerado SENA e ICBF
CC 79851176		ROJAS RODRIGUEZ JUAN CARLOS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra113a#22f-02	BOGOTA-BOGOTA D.E	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pension	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-12	2020-12	76665267	9414261518	I	2021/01/21	2020/12/28	BANCO DE OCCIDENTE	0	$271,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre		Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$877,803	$140,500			$877,803	$109,800			$0	$0			$877,803	$21,400		$0	$0		$271,700
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$877,803	$140,500			$877,803	$109,800			$0	$0			$877,803	$21,400		$0	$0		$271,700
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						$877,803	$140,500			$877,803	$109,800			$0	$0			$877,803	$21,400		$0	$0		$271,700
1	CC 79851176	ROJAS JUAN		230201	30	$877,803	$140,500	EPS005	30	$877,803	$109,800		0	$0	$0	14-7	30	$877,803	$21,400	0	$0	$0	No	$271,700
Total Afiliados(1)						$877,803	$140,500			$877,803	$109,800			$0	$0			$877,803	$21,400		$0	$0		$271,700

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Telefono	Exonerado SENA e ICBF
CC 79851176		ROJAS RODRIGUEZ JUAN CARLOS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra113a#22f-02	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pension	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-12	2020-12	76665267	9414261518	I	2021/01/21	2020/12/28	BANCO DE OCCIDENTE	0	$271,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$140,500	$0	$0	$140,500
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$140,500	$0	$0	$140,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$21,400	$0	$0	$21,400
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$21,400	$0	$0	$21,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$109,800	$0	$0	$109,800
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$109,800	$0	$0	$109,800
TOTAL				**1**	**$271,700**	**$0**	**$0**	**$271,700**

EMPRESA: EFECTIVO LTDA.
NIT 830.131.923-1
Calle 96 No. 12-55 Bogota

PAGO DE FACTURAS

1506 PLANILLA AS APORTES EN LINEA

CORRESPONSAL BANCO DE OCCIDENTE

REFERENCIA	9414261518
NUMERO DE APROBACION	665267
Fecha:	26/12/2020 09:54:05
DU:	301329
NUM. TRANSACCION	1026233621
Valor	$271.700,00

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: 018000512828. ANTES DE RETIRARSE DEL PUNTO DE ATENCION VERIFIQUE REFERENCIA DE PAGO, CONVENIO, LA FECHA, HORA, TIPO Y MONTO DEL SOPORTE DE PAGO REALIZADO. SI NO ESTA DE ACUERDO CON LA INFORMACION DEL INCORPORADO 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 DAYA LUGAR. DE lo CONTRARIO, NI EFECTY NI BANCO DE OCCIDENTE S.A. ASUMIRAN LA RESPONSABILIDAD SOBRE RECLAMOS POSTERIORES.

PS Recaudador: 905475 FONTIBON ATAHUALPA II

Cajero: AUASDEME

Recibi Conforme: _____

C.C. _____