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 5545 2020	**C.D.P. No.:**	2864	**Proceso al que pertenece:**	PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC
				Unidad a la que pertenece:	SALUD PUBLICA - VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA
Nombre del Contratista:	LUISA FERNANDA GUTIERREZ LOZANO			**C.C.**	1.013.623.483 **de:** BOGOTÁ
Fecha Inicio:	2020-09-10	**Fecha Terminación incial:**	2020-10-31	**Valor Mensual:**	$ 2.197.015 **Valor a cobrar:** $ 2.197.015

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1				
2				
3				
4				
5				
6				
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	SEPTIEMBRE	$ 1.540.260	$ 0	SE ANEXA AFILIACION EPS Y
2	OCTUBRE	$ 2.197.015	$ 190.300	9410537240
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Resumen de contrato	VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
	$ 3.661.600	$ 3.661.600	$ 3.737.275	-$ 73.232

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIO DE APOYO COMO TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA, PARA LA EJECUCION DE ACTIVIDADES DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUBRED CENTROO RIENTE E.S.E CON CUMPLIMIENTO EN LA MISION Y VISION DE LA MISMA.

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2020-10-01 **Hasta:** 2020-10-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCION 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 E.S.E.	1, Participacion en reuniones de area de vigilancia en salud publica 2, Seguimiento a contactos casos sospechosos y positivos de COVID 19.	1, Reporte en base de seguimiento de actividades. 2, soporte de la evidencia de los casos probables en correo seguimientoscoronavirus2020@gmail.com y soporte de casos positivos en el correo
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.	1. Registro en base de Drive de actividades diarias realizadas. 2, Registro de seguimiento a contactos casos sospechosos y positivos de COVID 19,	1, Reporte en base de seguimiento de actividades. 2, soporte de la evidencia de los casos probables en correo seguimientoscoronavirus2020@gmail.com y soporte de casos positivos en el correo
3	3. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.	1, Entrega del cronograma de actividades del mes correspondiente y su actualización correspondiente.	1, reporte en el cronograma de actividades.
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.	1, Presentacion de soportes de actividades de seguimientos telefonicos casos COVID 19.	1. En los respectivos correos se encuentra los casos asignados y se reporta las llamadas telefonicas. seguimientoscoronavirus2020@gmail.com y en el correo notificacionsintomascovidco@gmail.com.
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.	1. Seguimiento a casos de forma telefonica y virtual según programacion de actividades de acuerdo a alertas en salud y requerimientos del estado por COVID 19.	1 Se evidencia en correo de notificacionsintomascovidco@gmail.com

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

Luisa Gutierrez
Firma del Contratista

C.C. 1.013.623.483 **de** BOGOTÁ

FIRMA DE LIDER O PROFESIONAL QUE VERIFICA LAS ACTIVIDADES	
NOMBRE:	NELCY AYDEE FLOREZ PADILLA CC 51952482
CARGO:	LIDER OPERATIVO VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA
FIRMA	

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

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 1013623483		GUTIERREZ LOZANO LUISA FERNANDA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 42 69I-10 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7311066	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-09	2020-09	17286974	9410537240	I	2020/10/21	2020/10/08	BANCO DE OCCIDENTE	0	$190,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$98,400	$0	$0	$98,400
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$98,400	$0	$0	$98,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$15,000	$0	$0	$15,000
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$15,000	$0	$0	$15,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$76,900	$0	$0	$76,900
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$76,900	$0	$0	$76,900
TOTAL				1	$190,300	$0	$0	$190,300

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 1013623483		GUTIERREZ LOZANO LUISA FERNANDA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 42 69I-10 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7311066	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-09	2020-09	17286974	9410537240	I	2020/10/21	2020/10/08	BANCO DE OCCIDENTE	0	$190,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$614,463	$98,400			$614,463	$76,900			$0	$0			$614,463	$15,000		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$614,463	$98,400			$614,463	$76,900			$0	$0			$614,463	$15,000		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$614,463	$98,400			$614,463	$76,900			$0	$0			$614,463	$15,000		$0	$0
1	CC	1013623483	GUTIERREZ LUISA	230301	21 $614,463	$98,400	EPS008	21	$614,463	$76,900		0	$0	$0	14-7	21	$614,463	$15,000	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$614,463	$98,400			$614,463	$76,900			$0	$0			$614,463	$15,000		$0	$0

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 9410537240

NUMERO DE APROBACION 286974

Fecha: 08/10/2020 14:54:36
DO: 166143
NUM. TRANSACCION 1020096831
Valor $190.300,00

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

PS Recaudador: 908397 CANDELARIA AV VILLAVICENCIO III

Cajero: YAGILCOR

Recibi Conforme: _____

C.C. _____

Escaneado con CamScanner