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
VERSION: 01
FECHA: 2017-07-07

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 1927 de 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 - GOBERNANZA

Nombre del Contratista: MARI LUZ TIMARAN TISOY **C.C.** 27.470.630 **de:** SANTIAGO PUTUMAYO

Fecha Inicio:	**Fecha Terminación incial:**	**Valor Mensual:**	**Valor a cobrar:**
2019-02-01	2019-03-03	$ 3.095.400	$ 3.095.400

ADICIÓN / OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 3.000.000	536	2019-03-04	2019-04-03
2	$ 8.986.200	738	2019-04-04	2019-08-03
3	$ 3.095.400	1611	2019-08-04	2019-09-03
4	$ 6.201.800	1901	2019-09-04	2019-10-15
5	$ 4.138.458	2561	2019-10-16	2019-11-20
6	$ 5.540.984	2988	2019-11-21	2020-01-03
7	$ 2.792.589	3563	2020-03-04	2020-03-03
8				
9				
10				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	FEBRERO	$ 3.000.000	$ 371.300	8488172155
2	MARZO	$ 3.000.000	$ 371.300	8489376506
3	ABRIL	$ 3.095.400	$ 371.300	8490557349
4	MAYO	$ 3.095.400	$ 383.200	8492384606
5	JUNIO	$ 3.095.400	$ 383.200	8492736674
6	JULIO	$ 3.095.400	$ 383.200	8493848362
7	AGOSTO	$ 3.095.400	$ 383.200	8494959256
8	SEPTIEMBRE	$ 3.095.400	$ 383.200	8496085884
9	OCTUBRE	$ 3.095.400	$ 383.200	8497242955
10	NOVIEMBRE	$ 3.095.400	$ 383.200	8498342368
11	DICIEMBRE	$ 3.095.400	$ 383.200	9400097922
12	ENERO	$ 3.095.400	$ 383.200	9401180578

Resumen de contrato	VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
	$ 3.300.000	$ 37.055.431	$ 36.954.000	$ 101.431

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN PSICOLOGIA 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:** 2020-01-01 **Hasta:** 2020-01-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la E.S.E.	Se realizan las acciones dispuestas para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE.
2	Apoyar la prestación de servicios en el PIC, presentando la información y/o soportes que soliciten y que corresponda 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 presentan soportes de las actividades realizadas, productos de gobernanza del mes en mencion
3	Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.	Se presenta el cronograma de actividades del mes
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. .	Se apoyan las diferentes actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo
5	Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal	Se realiza acciones en campo, en las localidades de la subred, en relación a la política de étnias.

Observaciones:

Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL: **MES DE DICIEMBRE 2019**
En caso de tener contrato nuevo se debe anexar también la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro

Mariluz Timaran
Firma del Contratista

C.C. 27.470.630 **de** SANTIAGO PUTUMAYO

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	YULIETH AVILA BOHORQUEZ
CARGO:	PROFESIONAL ESPECIALIZADA-REFERENTE GOBERNANZA
FIRMA	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 27470630		TIMARAN TISOY MARI LUZ	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	AV CARACAS # 2-89	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2465115	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2019-12	2019-12	9401180578	9401180578	I	2020/01/10	2020/01/15	BANCO BOGOTA	5	$384,800

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)					**$1,238,160**	**$198,200**			**$1,238,160**	**$154,800**			**$0**	**$0**			**$1,238,160**	**$30,200**		**$0**	**$0**
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,238,160	$198,200			$1,238,160	$154,800			$0	$0			$1,238,160	$30,200		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					**$1,238,160**	**$198,200**			**$1,238,160**	**$154,800**			**$0**	**$0**			**$1,238,160**	**$30,200**		**$0**	**$0**
1	CC 27470630	TIMARAN MARI	230201	30	$1,238,160	$198,200	EPS005	30	$1,238,160	$154,800		0	$0	$0	14-7	30	$1,238,160	$30,200	0	$0	$0
Total Afiliados(1)					**$1,238,160**	**$198,200**			**$1,238,160**	**$154,800**			**$0**	**$0**			**$1,238,160**	**$30,200**		**$0**	**$0**

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 27470630		TIMARAN TISOY MARI LUZ	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	AV CARACAS # 2-89	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2465115	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2019-12	2019-12	9401180578	9401180578	I	2020/01/10	2020/01/15	BANCO BOGOTA	5	$384,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$198,200	$800	$0	$199,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$198,200	$800	$0	$199,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$30,200	$200	$0	$30,400
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$30,200	$200	$0	$30,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$154,800	$600	$0	$155,400
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$154,800	$600	$0	$155,400
TOTAL				**1**	**$383,200**	**$1,600**	**$0**	**$384,800**

Banco de Bogotá

NIT. 860.002.964-4

Comprobante de Recaudos

ESPACIO PARA EL TIMBRE

Esta transacción está sujeta a verificación posterior. El (los) cheques(s) depositado(s) se reciben "Salvo buen cobro" de manera que la operación solo se entiende efectiva si el (los) cheque(s) es (son) pagado(s) por el (los) banco(s) librados. En caso de que el (los) cheque(s) sea (sean) devuelto(s) sin pago, esta operación se reversará y el (los) título(s) se entregará(n) por parte del Banco al titular de la cuenta en la que se deposita (ron). En consecuencia, el comprobante de pago que se entrega al depositario timbrado por el Banco, no implica constancia de pago respecto a las sumas no consignadas en efectivo.

El pago con tarjeta Débito/Crédito aplica únicamente para convenios de empresas autorizadas. En caso de inconvenientes comuníquese con la entidad emisora de su tarjeta.

```
Banco de Bogota - RECAUDO PILA
2060 B0024503    ****6630   T1342
FTx15/01/20 13:56H.N0245 Of Rec y P
201912 84 Aportes en linea
PLANILLA No.000009401180578
Identificacion27470630
VALOR PLANILLA:384,800.00
Cargo Cuenta No.
Valor Efectivo:384,800.00
```

Valor $ _____

Verifique que la información impresa en este formato sea correcta

21303332 (CRE_FOR_005 V1 25/10/201

Impreso por GRÁFICOS E IMPRESIONES S.A.S NIT: 900812668-0 - Tel: 57-1 7459870 Ext. 216