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 TA FT-014
VERSIÓN: 02
FECHA: 2020-05-04

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 2142 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 PUBLICO
Nombre del Contratista:	HENRY ALBERTO PEREZ TORRES			**C.C.**	80.416.568 **de:** BOGOTA
Fecha Inicio:	2019-02-01	**Fecha Terminación incial:**	2019-03-03	**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	2019-04-04	2019-08-03
3	$ 1.599.290	1611	2019-08-04	2019-09-03
4	$ 3.209.580	1981	2019-09-04	2019-10-15
5	$ 2.138.232	2561	2019-10-15	2019-11-20
6	$ 2.857.936	2988	2019-11-21	2020-01-03
7	$ 1.442.838	2563	2020-01-04	2020-03-03
8	$ 1.807.893	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	$ 1.877.093	1499	2020-06-04	2020-06-30
13	$ 2.343.906	1657	2020-07-01	2020-07-31
14	$ 2.197.015	2359	2020-08-01	2020-08-31
15	$ 4.394.030	2710	2020-09-01	2020-10-31
16	$ 1.480.597	3615	2020-11-01	2020-11-20
17	$ 728.358	3782	2020-11-21	2020-11-30
18				
19				
20				
21				
22				
23				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	FEBRERO	$ 1.550.000	$ 256.300	8488578377 PLANILLA ENERO
2	MARZO	$ 1.550.000	$ 256.300	8489793051 PLANILLA FEBRERO
3	ABRIL	$ 1.599.290	$ 256.300	8490758266 PLANILLA DE MARZO
4	MAYO	$ 1.599.290	$ 256.300	8491656418 PLANILLA DE ABRIL
5	JUNIO	$ 1.599.290	$ 256.300	8492130685 PLANILLA DE MAYO
6	JULIO	$ 1.599.290	$ 256.300	8494042185 PLANILLA DE JUNIO
7	AGOSTO	$ 1.599.290	$ 256.300	8495260319 PLANILLA DE JULIO
8	SEPTIEMBRE	$ 1.599.290	$ 256.300	8496346978 PLANILLA DE AGOSTO
9	OCTUBRE	$ 1.599.290	$ 256.300	8497551529 PLANILLA DE SEPT
10	NOVIEMBRE	$ 1.599.290	$ 256.300	848651713 PLANILLA DE OCTUBRE
11	DICIEMBRE	$ 1.599.290	$ 256.300	9400366671 PLANILLA DE NOV.
12	ENERO	$ 1.599.290	$ 256.300	9401349828 PLANILLA DE DICI
13	FEBRERO	$ 1.599.290	$ 271.700	9401473020 PLANILLA DE ENERO
14	MARZO	$ 1.599.290	$ 271.700	9403552887 PLANILLA DE FEBRERO
15	ABRIL	$ 1.599.290	$ 271.700	9404529649 PLANILLA DE MARZO
16	MAYO	$ 1.599.290	$ 157.600	9405588401 PLANILLA DE ABRIL
17	JUNIO	$ 156.452 $ 1.982.090	$ 157.600	9405719366 PLANILLA DE MAYO
18	JULIO	$ 2.197.015	$ 272.100	9407951252 -9408271343 PLANI. JUNIO
19	AGOSTO	$ 2.197.015	$ 272.100	9408956721 PLANILLA DE JULIO
20	SEPTIEMBRE	$ 2.197.015	$ 360.900	9410384893 PLANILLA DE AGOSTO
21	OCTUBRE	$ 2.197.015	$ 360.900	9411093588 PLANILLA DE SEPTIE.
21	NOVIEMBRE	$ 2.197.015	$ 360.900	9412227824 PLANILLA DE OCTUB.
22				

Resumen de contrato	VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
	$ 1.705.000	$ 38.772.508	$ 38.613.677	$ 158.831

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO AMBIENTAL 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:** 2020-11-01 **Hasta:** 2020-11-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCION DEL DESARROLLO	
		ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO 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.	Participacion en reuniones del espacio publico, realizada desde la coordinacion y desde la estrategia Caracterizacion barrial y comunitaria COVID19	Actas
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.	Organizar los recorridos que se realizaron a partir de los puntos ya identificados y entregados por la Secretaria Distrital de Salud, donde se identifican los grupos priorizados en las localidades de la subred aterrizados a UPZ, barrios, cuadrantes y manzanas donde se registra un numero considerable de personas con mayor riesgo.	Fichas técnicas
3	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 presenta cronograma por medio fisico y magnetico del mes.	Cronograma en fisico
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.	Se realizo apoyo a las actividades que estan sujetas al objeto contractual	Actas
5	5. Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal.	Realizar observación dirigida con el fin de identificar condiciones y factores que afectan positiva o negativamente las posibilidades sociales de distanciamiento o confinamiento mediante la aplicación del instrumento de caracterización entregado	actas de recorrido, instrumento nde caracterización, registro fotográfico y matrices en el Drive, de Caracterización barrial.
6			
7			
8			
9			
10			

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. 80.416.568 **de** BOGOTA

FIRMA DE LIDER O PROFESIONAL QUE VERIFICA LAS ACTIVIDADES	
NOMBRE:	RAMIRO RAMIREZ C.C.80149559
CARGO:	LIDER DE CARACTERIZACION BARRIAL Y COMUNITARIA
FIRMA	
VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	LUISA FERNANDA HERNANDEZ PLAZAS C.C.52713845
CARGO:	REFERENTE DEL ESPACIO PUBLICO
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 80416568		PEREZ TORRES HENRY ALBERTO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	kr 5z n 49g 47sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7492306	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-10	2020-10	9203091980256445	9412227824	I	2020/11/18	2020/11/05	BANCO DE OCCIDENTE	0	$360,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,166,000	$186,600			$1,166,000	$145,800			$0	$0			$1,166,000	$28,500		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,166,000	$186,600			$1,166,000	$145,800			$0	$0			$1,166,000	$28,500		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						$1,166,000	$186,600			$1,166,000	$145,800			$0	$0			$1,166,000	$28,500		$0	$0
1	CC	80416568	PEREZ HENRY	25-14	30	$1,166,000	$186,600	EPS037	30	$1,166,000	$145,800		0	$0	$0	14-25	30	$1,166,000	$28,500	0	$0	$0
Total Afiliados(1)						$1,166,000	$186,600			$1,166,000	$145,800			$0	$0			$1,166,000	$28,500		$0	$0

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 80416568		PEREZ TORRES HENRY ALBERTO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	kr 5z n 49g 47sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7492306	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-10	2020-10	9203091980256445	9412227824	I	2020/11/18	2020/11/05	BANCO DE OCCIDENTE	0	$360,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$186,600	$0	$0	$186,600
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$186,600	$0	$0	$186,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$28,500	$0	$0	$28,500
COLMENA	14-25	800,226,175	3	1	$28,500	$0	$0	$28,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$145,800	$0	$0	$145,800
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$145,800	$0	$0	$145,800
TOTAL				**1**	**$360,900**	**$0**	**$0**	**$360,900**



PAGO DE FACTURAS

PILA SP

NUM APROBACION:20037610
NUM REFERENCIA:000000941222782 4
NUM IDENTIFICACION:80416568
PERIODO: 2020-10
FECHA EFECTIVA:2020-11-04
VALOR: 360.900
MIE 4 NOV 20 20:01:11
309-14212403-204
783058-283124-944613-118260-40
CONSERVE ESTE TIQUETE. ES EL
UNICO RECIBO OFICIAL DE PAGO.EN
CASO DE RECLAMO LLAMAR A:
A SU OPERADOR.
AGT 22446 CLR 79185129
05179998-890193