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 1A FT-014
VERSION: 02
FECHA: 2020-05-04

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS-5478-2020	**C.D.P. No.:**	2797	**Proceso al que pertenece:**	PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC
				Unidad a la que pertenece:	SALUD PUBLICA - ESPACIO PÚBLICO
Nombre del Contratista:	LEYDI MARCELA ACOSTA VARGAS			**C.C:** 39 584 519	**de:** GIRARDOT
Fecha Inicio:	2020-09-02	**Fecha Terminacion inicial:**	2020-10-30	**Valor Mensual:** $ 3 570 149	**Valor a cobrar:** $ 3 570 149

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 2 405 970	3615	2020-11-01	2020-11-20
2	$ 1 183 582	3782	2020-11-21	2020-11-30
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	$ 3 451 146	$ 442 300	9411529724
2	OCTUBRE	$ 3 570 149	$ 442 300	9411529724-9411574156
3	NOVIEMBRE	$ 3 570 149	$ 442 300	9411568343-9412728340
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
	$ 7.140.304	$ 10.729.856	$ 10.591.444	$ 138.412

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SEVICIOS COMO TRABAJADORA SOCIAL 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)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	PRESTAR SUS SERVICIOS PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES EN EL MARCO DEL CONTRATO SUSCRITO CON FFD Y LA E S E	Reunio de equipo de acogida Cocertaciones de espacios Fichas de identificacion de servicios de acogida estrategia vinculate (APGAR) Espacios Comunitanos Acciones de prevencion del consumo de Alcohol Canalizaciones para la eliminacion de barreras de acceso y mitigacion del riesgo	Actas y soportes
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 SUSCRISTO CON EL FONDO FINANCIERO DISTRITAL	Presentacion de soportes de estrategia vinculate de los servicios de acogida del espacio publico en las localidaes pertenecientes a la subred (actas de plan de trabajo y listdos) con el fin de corroborar las actividades contractuales	Actas y formato de recepcion y entrega a digitacion
3	PRESENTAR MENSUALMENTE EL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR	Entrega de cronograma de actividades correspondiente al mes siguiente	Cronograma de actividades
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 apoya las diferentes acciones inherentes al objeto del contarto en pro del mejoramiento y calidad de los servicios	Actas y soportes
5	REALIZAR LAS VISITAS EN CAMPO DE ACUERDO A LOS ANEXOS OPERATIVOS DE CADA ESPACIO DE VIDA O COMPONENTE TRANSVERSAL	Se presenta cronograma del mes	Cronograma de actividades
6			

Observaciones:

Se anexa certificacion de pago a Salud, pension y ARL.
En caso de tener contrato nuevo se debe anexar tambien la certificacion bancaria con la primera cuenta de cobro

Firma del Contratista

C.C. 39 584 519 **de** GIRARDOT

FIRMA DEL LIDER O PROFESION QUE VERIFICA LAS ACTIVIDADES	
NOMBRE:	CLAUDIA OSORIO CC 51 699 459
CARGO:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO
FIRMA	

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	LUISA FERNANDA HERNANDEZ CC 52,713,845
CARGO:	REFERENTE DEL ESPACIO PÚBLICO
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 3958459		ACOSTA VARGAS LEYDI MARCELA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	DG 67 b sur # 28-21	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7447288	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	1000001234	9411568343	I	2020/11/06	2020/11/05	BANCO BOGOTA	0	$407,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$228,700	$0	$0	$228,700
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$228,700	$0	$0	$228,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,700	$0	$0	$178,700
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$178,700	$0	$0	$178,700
TOTAL				1	$407,400	$0	$0	$407,400

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 39584519		ACOSTA VARGAS LEYDI MARCELA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	DG 67 b sur # 28-21	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7447288	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	1000001234	9411568343	I	2020/11/06	2020/11/05	BANCO BOGOTA	0	$407,400

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)						$1,429,000	$228,700			$1,429,000	$178,700			$0	$0			$0	$0		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,429,000	$228,700			$1,429,000	$178,700			$0	$0			$0	$0		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						$1,429,000	$228,700			$1,429,000	$178,700			$0	$0			$0	$0		$0	$0
1	CC	39584519	ACOSTA LEYDI	230301	30	$1,429,000	$228,700	EPS037	30	$1,429,000	$178,700		0	$0	$0		0	$0	$0	0	$0	$0
Total			**Afiliados(1)**			$1,429,000	$228,700			$1,429,000	$178,700			$0	$0			$0	$0		$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 39584519		ACOSTA VARGAS LEYDI MARCELA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	DG 67 b sur # 28-21	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7447288	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	1000001399	9412728340	N	2020/11/06	2020/11/17	BANCO BOGOTA	6	$34,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$34,900	$0	$0	$34,900
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$34,900	$0	$0	$34,900
TOTAL				1	$34,900	$0	$0	$34,900

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 39584519		ACOSTA VARGAS LEYDI MARCELA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	DG 67 b sur # 28-21	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7447288	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2020-10	2020-10	1000001399	9412728340	N	2020/11/06	2020/11/17	BANCO BOGOTA	6	$34,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$0	$0			$0	$0			$0	$0			$1,429,000	$34,900		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$0	$0			$0	$0			$0	$0			$1,429,000	$34,900		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						$0	$0			$0	$0			$0	$0			$1,429,000	$34,900		$0	$0
1	CC	39584519	ACOSTA LEYDI	230301	30	($1,429,000)	($228,700)	EPS037	30	($1,429,000)	($178,700)		0	$0	$0	14-7	0	$0	$0	0	$0	$0
2	CC	39584519	ACOSTA LEYDI	230301	30	$1,429,000	$228,700	EPS037	30	$1,429,000	$178,700		0	$0	$0	14-7	30	$1,429,000	$34,900	0	$0	$0
Total Afiliados(1)						$0	$0			$0	$0			$0	$0			$1,429,000	$34,900		$0	$0

CREDIBANCO ES SU RED
CORRESPONSAL
PAPELERIA DAV

Banco de Bogotá
Un Banco hecho entre dos
Banco Bogota

PUNTO DE SERVICIO
No.9988

AUTORIZACION NUMERO 208402
TRANS: 028075 11/14/2020 12:51:43
RECIBO: 016839 TER: 000A80IE

PAGO DE SERVICIOS PUBLICOS
00001506 PLANILLA AS APORTES EN LINEA
FACTURA 9412728340
VALOR: $34.900.00

TRANSACCION EXITOSA
COSTO DE LA TRANSACCION: $0
NACIONAL 01 8000 518877

EL VOUCHER ES EL UNICO SOPORTE VALIDO DE LA TRANSACCION. EL SELLO EN LAS FACTURAS NO ESTA PERMITIDO Y NO SERA VALIDO EN CASO DE RECLAMACION

Firma: _____

C.C. : _____

Tel. : _____

COPIA COMERCIO
AFVP07_C12

CREDIBANCO ES SU RED
CORRESPONSAL
PAPELERIA DAV

Banco de Bogotá
Un Banco hecho entre dos
Banco Bogota

PUNTO DE SERVICIO
No.9988

AUTORIZACION NUMERO 402125
TRANS: 027367 11/05/2020 12:43:13
RECIBO: 016423 TER: 000A80IE

PAGO DE SERVICIOS PUBLICOS
00001506 PLANILLA AS APORTES EN LINEA
FACTURA 9411568343
VALOR: $407,400.00

TRANSACCION EXITOSA
COSTO DE LA TRANSACCION: $0
NACIONAL 01 8000 518877

EL VOUCHER ES EL UNICO SOPORTE VALIDO DE LA TRANSACCION. EL SELLO EN LAS FACTURAS NO ESTA PERMITIDO Y NO SERA VALIDO EN CASO DE RECLAMACION
COPIA CLIENTE
AFVP07_C12