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 4195 2020	**C.D.P. No.:**	1273	**Proceso al que pertenece:**	PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC
				Unidad a la que pertenece:	SALUD PUBLICA

Nombre del Contratista: JONATHAN SNEIDER MENDOZA RAMOS **C.C.** 1.013.591.094 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2020-05-15 **Fecha Terminación incial:** 2020-06-03 **Valor Mensual:** $ 2.334.328 **Valor a cobrar:** $ 1.408.257

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 2.222.526	1499	2020-06-04	2020-06-30
2	$ 4.683.181	1657	2020-07-01	2020-08-31
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	MAYO	$ 963.013	$ 157.600	9405385268
2	JUNIO	$ 176.634	$ 157.600	9407095782
3		$ 2.106.042		
4	JULIO	$ 1.408.257	$ 282.700	9408206494 - 9408395730
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
	$ 1.203.728	$ 8.109.435	$ 4.653.946	$ 3.455.489

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS COMO TECNOLOGO EN SALUD OCUPACIONAL 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:** 2020-07-01 **Hasta:** 2020-07-30

	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 ESE.	Identificacion y caracterizacion Dde UTI alto impacto	Formato caracterizacion UTI
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.	seguimiento telefonico UTI mediano impacto	Formato caracterizacion UTI
3	Presentar mensualmente el cronogramade actividades a desarrollar contenidas en el formato de nesecidad de personal que hace parte integral del presente contrato.	monitoreo y cierre UTI mediano impacto	Formato caracterizacion UTI
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 estandares de habilitacion y acreditacion de servicios de salud	Reunión Espacio-Fortalecimiento de capacidades	Listado asistencia
5	Realizar las visitas en campo de acuerdo a los nexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal		

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. 1.013.591.094 **de** BOGOTA

FIRMA DEL LIDER O PROFESIONAL QUE VERIFICA LAS ACTIVIDADES	
NOMBRE:	ARGENIS IBARRA SALZAR
CARGO:	APOYO A LA GESTION ESPACIO TRABAJO
FIRMA	
VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	JEAN PAUL ALARCON BARRAGAN
CARGO:	REFERENTE ESPACIO TRABAJO
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 1013591094		MENDOZA RAMOS JONATHAN SNEIDER	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	crr 3c 32c-05 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-06	2020-06	01230919	9408206494	I	2020/07/23	2020/07/14	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
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$109,800	$0	$0	$109,800
TOTAL				1	$271,700	$0	$0	$271,700

2020/07/14 04:09 PM



PAGO DE FACTURAS

PILA 6P

NUM APROBACION:01230919
NUM REFERENCIA:000000940820649 4
NUM IDENTIFICACION:1013591094
PERIODO: 2020-06
FECHA EFECTIVA:2020-07-14
VALOR: 271.700
MAR14 JUL 20 14:00:24
196-06228033-223
784140-468473-844623-428260-38
CONSERVE ESTE TIQUETE. ES EL UNICO RECIBO OFICIAL DE PAGO.EN CASO DE RECLAMO LLAMAR A:
A SU OPERADOR.
AGT 817004 CLR 41022
05106672-131204

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 1013591094		MENDOZA RAMOS JONATHAN SNEIDER	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	crr 3c 32c-05 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-06	2020-06	17268357	9408395730	N	2020/07/23	2020/07/15	BANCO DE OCCIDENTE	0	$10,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$5,600	$0	$0	$5,600
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$5,600	$0	$0	$5,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$900	$0	$0	$900
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$900	$0	$0	$900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$4,400	$0	$0	$4,400
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$4,400	$0	$0	$4,400
TOTAL				1	$10,900	$0	$0	$10,900

2020/07/15 04:14 PM



PAGO DE FACTURAS

PILA BP

NUM APROBACION:17268357
NUM REFERENCIA:0000009408395730
NUM IDENTIFICACION:1013591094
PERIODO: 2020-06
FECHA EFECTIVA:2020-07-15
VALOR: 10.900
MIE15 JUL 20 13:16:59
197-06008530-213
784139-049973-944623-428260-37
CONSERVE ESTE TIQUETE. ES EL
UNICO RECIBO OFICIAL DE PAGO.EN
CASO DE RECLAMO LLAMAR A:
A SU OPERADOR.
41022
AGT 817004 CLR
09124414-575648