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-4197-2020 | **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:** MARIBEL LEAL FONSECA **C.C.** 52.768.046 **de:** BOGOTA

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

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | $ 2.091.676 | 1499 | 2020-06-04 | 2020-06-30 |
| 2 | $ 4.683.181 | 1397 | 2020-07-01 | 2020-08-31 |
| 3 | $ 4.000.000 | 1657 | 2020-08-31 | 2020-10-31 |
| 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 | | |
| 2 | JUNIO | $ 176.634 | $ 157.600 | 9406278415 |
| 3 | | $ 2.106.042 | | |
| 4 | JULIO | $ 1.408.257 | $ 284.700 | 9407751184 - 9408399713 |
| 5 | AGOSTO | $ 2.334.328 | $ 289.000 | 9408972405-9409463292 |
| 6 | SEPTIEMBRE | $ 2.334.328 | $ 288.900 | 9409886274 |
| 7 | OCTUBRE | $ 2.334.328 | $ 288.900 | 9410985384 |
| 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 | $ 11.978.585 | $ 11.656.930 | $ 321.655 |

## 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:** 2020-10-01 **Hasta:** 2020-10-31

| | 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. | Acompañamiento en la validacion de registro de activación de actividades económicas | Formato: lista de chequeo |
| 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 a las condiciones de salud y trabajo de trabajadores informales identificados en unidades de trabajo | Matriz en medio magnético |
| 3 | Presentar mensualmente el cronogramade actividades a desarrollar contenidas en el formato de nesecidad de personal que hace parte integral del presente contrato. | Actividades en zona de cuidado | Actas, formatos caracterización |
| 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 | Sesión de promoción de la salud | Formatos caracterización de UTI |
| 5 | Realizar las visitas en campo de acuerdo a los nexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal | Reunión Espacio-Fortalecimiento de capacidades | Listado asistencia |

**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.** 52.768.046 **de** BOGOTA

| FIRMA DEL LIDER O PROFESIONAL QUE VERIFICA LAS ACTIVIDADES | |
|---|---|
| **NOMBRE:** | ARGENIS IBARRA SALAZAR |
| **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 52768046 | | LEAL FONSECA MARIBEL | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CALLE 48 A SUR N° 88 C 10 CASA 201 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 7301736 | 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 | 9202721912958953 | 9410985384 | I | 2020/10/13 | 2020/09/29 | BANCO DE OCCIDENTE | 0 | $288,900 |

**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 | Días | IBC | Aporte | Dias | IBC | Aporte |
| **Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | | $933,137 | $149,400 | | | $933,137 | $116,700 | | | $0 | $0 | | | $933,137 | $22,800 | | $0 | $0 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)** | | | | | | $933,137 | $149,400 | | | $933,137 | $116,700 | | | $0 | $0 | | | $933,137 | $22,800 | | $0 | $0 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados) | | | | | | $933,137 | $149,400 | | | $933,137 | $116,700 | | | $0 | $0 | | | $933,137 | $22,800 | | $0 | $0 |
| 1 | CC | 52768046 | LEAL MARIBEL | 230301 | 30 | $933,137 | $149,400 | EPS044 | 30 | $933,137 | $116,700 | | 0 | $0 | $0 | 14-23 | 30 | $933,137 | $22,800 | 0 | $0 | $0 |
| **Total** | | | **Afiliados( 1)** | | | $933,137 | $149,400 | | | $933,137 | $116,700 | | | $0 | $0 | | | $933,137 | $22,800 | | $0 | $0 |



2020/09/28 04:16 PM

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 52768046 | | LEAL FONSECA MARIBEL | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CALLE 48 A SUR N° 88 C 10 CASA 201 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 7301736 | 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 | 9202721912958953 | 9410985384 | I | 2020/10/13 | 2020/09/29 | BANCO DE OCCIDENTE | 0 | $288,900 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $149,400 | $0 | $0 | $149,400 |
| PORVENIR | 230301 | 800,224,808 | 8 | 1 | $149,400 | $0 | $0 | $149,400 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $22,800 | $0 | $0 | $22,800 |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 14-23 | 860,011,153 | 6 | 1 | $22,800 | $0 | $0 | $22,800 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $116,700 | $0 | $0 | $116,700 |
| MEDIMAS EPS | EPS044 | 901,097,473 | 5 | 1 | $116,700 | $0 | $0 | $116,700 |
| TOTAL | | | | 1 | $288,900 | $0 | $0 | $288,900 |



2020/09/28 04:16 PM



# PAGO DE FACTURAS

PILA BP

NUM APROBACION:15213693
NUM REFERENCIA:000000941098538 4
NUM IDENTIFICACION:52768046
PERIODO: 2020-09
FECHA EFECTIVA:2020-09-28
VALOR: 288.900
LUN28 SEP 20 16:14:16
272-05599082-018
783788-905693-344621-242260-43
CONSERVE ESTE TIQUETE. ES EL UNICO RECIBO OFICIAL DE PAGO.EN CASO DE RECLAMO LLAMAR A: A SU OPERADOR.
AGT 10108 CLR 93471775
09110896-899082