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 5543-2020	C.D.P. No.:	2864	Proceso al que pertenece:	PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC
				Unidad a la que pertenece:	SALUD PUBLICA - VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA
Nombre del Contratista:	LEYDY JOHANNA QUIÑONEZ ANGULO			C.C.	1.010.185.210 de: BOGOTÁ
Fecha Inicio:	2020-09-09	Fecha Terminación Incial:	2020-10-31	Valor Mensual:	$ 2.197.015 Valor a cobrar: $ 2.197.015

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 150.000	3416	2020-09-09	2020-10-31
2	$ 1.480.597	3615	2020-11-01	2020-11-20
3	$ 729.358	3782	2020-11-21	2020-11-30
4	$ 1.098.400	3952	2020-12-01	2020-12-15
5	$ 3.331.343	4111	2020-12-16	2021-01-15
6	$ 1.098.480	108	2021-01-16	2021-01-31
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	SEPTIEMBRE	$ 1.611.900	$ 0	SE ANEXA COPIA DE AFILIACION A EPS ARL AFP
2	OCTUBRE	$ 2.197.015	$ 217.600	1032465558
3	NOVIEMBRE	$ 2.197.015	$ 272.100	1033083565
4	DICIEMBRE	$ 2.197.015	$ 272.100	1033850694
5	ENERO	$ 2.197.015	$ 272.100	1034224996
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

Resumen de contrato	VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
	$ 3.661.600	$ 11.548.778	$ 10.399.960	$ 1.148.818

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIO DE APOYO COMO TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA, PARA LA EJECUCION DE ACTIVIDADES DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUBRED CENTROO RIENTE E.S.E CON CUMPLIMIENTO EN LA MISION Y VISION DE LA MISMA.

Relación de actividades para el periodo: Desde: 2021-01-01 Hasta: 2021-01-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCION DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUTO 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.	1, Participacion en reuniones de area de vigilancia en salud publica 2, Seguimiento a contactos casos sospechosos y positivos de COVID 19.	1, Reporte en base de seguimiento de actividades. 2, soporte de la evidencia de los casos probables en correo seguimientoscoronavirus2020@gmail.com y soporte de casos positivos en el correo notificacionsintomascovidco@gmail.com.
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.	1. Registro en base de Drive de actividades diarias realizadas. 2, Registro de seguimiento a contactos casos sospechosos y positivos de COVID 19,	1, Reporte en base de seguimiento de actividades. 2, soporte de la evidencia de los casos probables en correo seguimientoscoronavirus2020@gmail.com y soporte de casos positivos en el correo notificacionsintomascovidco@gmail.com
3	3. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.	1, Entrega del cronograma de actividades del mes correspondiente y su actualización correspondiente.	1, reporte en el cronograma de actividades.
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.	1, Presentacion de soportes de actividades de seguimientos telefonicos casos COVID 19.	1. En los respectivos correos se encuentra los casos asignados y se reporta las llamadas telefonicas. seguimientoscoronavirus2020@gmail.com y en el correo notificacionsintomascovidco@gmail.com.
5	5. Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.	1. Seguimiento a casos de forma telefonica y virtual según programacion de actividades de acuerdo a alertas en salud y requerimientos del estado por COVID 19.	1 Se evidencia en correo de notificacionsintomascovidco@gmail.com

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. 1.010.185.210 de BOGOTÁ

FIRMA DE LIDER O PROFESIONAL QUE VERIFICA LAS ACTIVIDADES	
NOMBRE:	LADY VIVIANA RODRIGUEZ GALINDO CC52975862
CARGO:	LIDER OPERATIVA
FIRMA	

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	LADY VIVIANA RODRIGUEZ GALINDO CC52975862
CARGO:	REFERENTE ENCARGADA VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA
FIRMA	

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2020-12-28, 04:28:07 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1034224996

Periodo Cotización: diciembre de 2020 **Periodo Servicio:** diciembre de 2020 **Referencia pago (PIN):** 8818209420

PAGADO 28/12/2020

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LEYDY JOHANNA QUIÑONEZ ANGULO		
Documento	CC1010185210	**Dirección**	CRA 32 N 19 B 10 TORRE 4 APTO 11-03
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3133324224
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	SEGUROS BOLIVAR

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																	Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Dias APP	Dias EPS	Dias ARP	Dias CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1010185210	LEYDY JOHANNA QUIÑONEZ ANGULO	59	00																	0	30	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	$ 878.784	$ 140.700	(EPS005) EPS SANITAS	$ 878.784	$ 109.900	2,436	$ 878.784	$ 21.500	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 272.100

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 878.784	$ 878.784	$ 878.784	$ 0	$ 140.700	$ 109.900	$ 21.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 272.100	$ 0	$ 272.100

Lineas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellin: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del Pais: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

[illegible]
[illegible]
[illegible] Bogota

PAGO DE FACTURAS

PAGO PLANILLA ASISTIDA SIMPLE

CORRESPONSAL BANCO DE OCCIDENTE

REFERENCIA	8818209420
NUMERO DE APROBACION	694116
Fecha:	28/12/2020 12:55:08
CO:	961938
NUM. TRANSACCION	1026346051
Valor	$272.100,00

CORRESPONSAL BANCARIO PARA BANCO DE OCCIDENTE. LA IMPRESION DE ESTE TIQUETE IMPLICA SU ACEPTACION. VERIFIQUE LA INFORMACION. ESTE ES EL UNICO RECIBO OFICIAL DE PAGO. LINEA NACIONAL: 018000512825. ANTES DE RETIRARSE DEL PUNTO DE ATENCION VERIFIQUE REFERENCIA DE PAGO, CONVENIO, LA FECHA, HORA, TIPO Y MONTO DEL SOPORTE DE PAGO REALIZADO. SI NO ESTA DE ACUERDO CON LA INFORMACION ALLI INCORPORADA O LA MISMA NO CORRESPONDE A LA INFORMACION DEL PAGO REALIZADO, INFORMELE DE MANERA INMEDIATA AL CAJERO LA CORRECCION REQUERIDA PARA HACER LAS CORRECCIONES A QUE HAYA LUGAR. DE LO CONTRARIO, NI EFECTY NI BANCO DE OCCIDENTE S.A. ASUMIRAN LA RESPONSABILIDAD SOBRE RECLAMOS POSTERIORES.

PS Recaudador: 907677 MURILLO III

Cajero: SAPALOPE

Recibí Conforme: _____

C.C. _____