35

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: 01
FECHA: 2017-07-07

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS-1776-2019	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 VIVIENDA
Nombre del Contratista:	KELLY JOHANNA GUZMAN TINOCO			C.C.	1.023.916.015 de: BOGOTA
Fecha Inicio:	2019-02-01	Fecha Terminación incial:	2019-03-03	Valor Mensual:	$ 1.599.290 Valor a cobrar: $ 1.599.290

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	$ 1.599.030	1611	2019-08-04	2019-09-03
4	$ 3.209.580	1901	2019-09-04	2019-10-15
5	$ 2.138.232	2561	2016-10-16	2019-11-20
6	$ 2.857.936	2988	2019-11-21	2020-01-03
7	$ 1.442.838	3563	2020-01-04	2020-03-03
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	FEBRERO	$ 1.550.000	$ 256.300	4261385363
2	MARZO	$ 1.550.000	$ 256.300	4266391884
3	ABRIL	$ 1.599.290	$ 256.300	4270533731
4	MAYO	$ 1.599.290	$ 256.300	4275747470
5	JUNIO	$ 1.599.290	$ 256.300	4278445025
6	JULIO	$ 1.599.030	$ 256.300	4284840270
7	AGOSTO	$ 1.599.290	$ 256.300	4288622121
8	SEPTIEMBRE	$ 1.599.290	$ 256.300	4293978447
9	OCTUBRE	$ 1.599.290	$ 256.300	4301564234
10	NOVIEMBRE	$ 1.599.290	$ 256.300	4305355133
11	DICIEMBRE	$ 1.599.290	$ 256.300	4309751017
12	ENERO	$ 1.599.290	$ 256.300	4318349663
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
	$ 1.705.000	$ 19.145.486	$ 19.092.640	$ 52.846

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA DESARROLLANDO ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVCIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Relación de actividades para el p **Desde:** 2020-01-01 **Hasta:** 2020-01-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	1. Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE.	Desarrollar acciones en el espacio vivienda de acuerdo el linemiento establecidos de la secretaria de salud y cumplir con los direccionamientos establecidos desde el superior del contrato
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 contenido en el Contrato suscrito con el Fondo Financiero Distrital.	recepcion del cronograma ubicación del domicilio: el gestor realizara las visitas diarias de acuerdo con la ruta dispuesta por el geografo y notificar diariamente a la lider por medio de un informe de visitas reportando las realizadas y fallidas. ejecucion de la visita: 6 diarias, aplicacion el instrumento de identificacion de necesidades de atencion en acciones de proteccion especifica y deteccion temprana (PYD) Y evaluacion del riesgo (identificacion de alertas alta, media, baja) y 6 diarias de acuerdo a los hallazgos de la visita los gestores por medio de la escala de alertas clasificara a la familia y desarrolla las acciones segun el caso. entrega diaria de productos informando y reportando las realizadas y fallidas.Cronograma a demanda del servicio.
3	3. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar	Realizar apropiacion conceptual de los lineamientos suministrados por la secretaria de salud
4	4. Apoyo a las actividades inherentes al objetivo del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planesde mejoramienteo de los diferentes estandares de habilitacion y acreditacion de servicio de salud	Diligenciamiento del cronograma mensualmente en el que se consignan las actividades programadas durante el mes siguiente acordes a las acciones establecidas en el lineamiento y según directriz de la Sub red.
5	5. Realizar las visitas en campo e acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal.	Realizar actividades en campo de identificacion y captacion temprana de riesgos en la poblacion a intervenir por el programa de gestion de riesgo.

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

Kelly Guzman
Firma del Contratista

C.C. 1.023.916.015 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVERO
CARGO:	REFERENTE ESPACIO VIVIENDA
FIRMA	

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1023916015
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			KELLY JOHANA GUZMAN TINOCO
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	DG 64 BIS A SUR 19A - 14	TELÉFONO:	7171376
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otros trabajos de edición.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	UNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NUMERO PLANILLA:	4318349663	TIPO DE PLANILLA:					I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS:	MES diciembre	AÑO 2019	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:		MES diciembre	AÑO	2019
DIAS DE MORA:		2					
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2020/01/10	NUMERO AUTORIZACIÓN:					9996477236

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 132.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 200	$ 0	$ 132.500	$ 200	$ 132.700
SUBTOTALES:										**$ 132.500**	**$ 200**	**$ 132.700**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NUMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NUMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 103.600	$ 0	$ 200	$ 0	$ 103.600	$ 200	$ 0	$ 103.800
SUBTOTALES:													**$ 103.600**	**$ 200**	**$ 0**	**$ 103.800**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NUMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-7	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 20.200	$ 20.200	$ 100	$ 0	$ 20.300
SUBTOTALES:									**$ 20.200**	**$ 100**	**$ 0**	**$ 20.300**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																	SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES						
																										PENSIÓN									SALUD							ARP														
N°	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	SAL INTEGRAL	COLOMBIANO	EXTRANJERO	RESIDENTE TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 1023916015	GUZMAN TINOCO KELLY JOHANNA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE		$ 828.116				NO																	230301-PORVENIR	30	$ 828.116	$ 132.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 132.500	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 828.116	$ 103.600	$ 0	$ 103.600	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	30	$ 828.116	102391601	$ 20.200	30	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 256.800

Planilla Pagada

EMPRESA: EFECTIVO LTDA.
NIT.830.131.953-1
Calle 96 No. 12-55 Bogota

ORDEN DE SERVICIO

No OS: 8816575264 OV: 513994

Cajero: YDONINGUEZ

Cliente beneficiario:
110263 PILA RECAUDO

Fecha: 10/01/2020 14:20:50

PS Recaudador:
997124 BRAVO PAEZ

Cantidad cupones: 1

Identificacion: 1023916015

Nombre: KELLY
Apellido 1: SUSHAN
Apellido 2: NAN
Tipo Documento: CEDULA DE CIUDADANIA
Telefono: 6341900
Codigo Planilla: 4318349663
Periodo Pago: 2019/12
Valor Comision: 0
Valor Iva Comision: 0
Referencia Valor
1023916015 $256.800,00

Valor recibido: $256.800,00
Forma de pago: EFECTIVO

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.
Con la solicitud y aceptacion de mi parte, de la prestacion de este servicio, entiendase que manifiesto verbalmente mi autorizacion para el tratamiento de los datos personales que voluntariamente he entregado a Efectivo Ltda., Estos datos pueden ser utilizados unica y exclusivamente para la prestacion del servicio convenido.
Linea de servicio al cliente: (1) 6510101
servicioalcliente@efecty.com.co
www.efecty.com.co