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 2209 2019 | **C.D.P. No.:** | 2852 | **Proceso al que pertenece:** | PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC |
| | | | | **Unidad a la que pertenece:** | SALUD PUBLICA |

**Nombre del Contratista:** HAROL SOTO GALLO **C.C.** 1.088.022.080 **de:** BOGOTA

**Fecha Inicio:** 2019-02-01 **Fecha Terminación incial:** 2019-03-03 **Valor Mensual:** $ 1.444.520 **Valor a cobrar:** $ 1.444.520

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | $ 1.400.000 | 536 | 2019-03-04 | 2019-04-03 |
| 2 | $ 4.193.560 | 738 | 2019-04-04 | 2019-08-03 |
| 3 | $ 1.444.520 | 1704 | 2019-08-04 | 2019-09-03 |
| 4 | $ 2.900.040 | 1901 | 2019-09-04 | 2019-10-15 |
| 5 | $ 1.931.346 | 2561 | 2019-10-15 | 2019-11-20 |
| 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 | FEBRERO | $ 1.400.000 | $ 256.300 | 1018218157 (ENERO) |
| 2 | MARZO | $ 1.400.000 | $ 256.300 | 1018218712 (FEBRERO) |
| 3 | ABRIL | $ 1.444.520 | $ 256.300 | 1019883628 (MARZO) |
| 4 | MAYO | $ 1.444.520 | $ 256.300 | 1020340704 (ABRIL) |
| 5 | JUNIO | $ 1.444.520 | $ 256.300 | 1020947192 (MAYO) |
| 6 | JULIO | $ 1.444.520 | $ 256.300 | 8898405100(JUNIO) |
| 7 | AGOSTO | $ 1.444.520 | $ 256.300 | 1022314302(JULIO) |
| 8 | SEPTIEMBRE | $ 1.444.520 | $ 256.300 | 1023198685(AGOSTO) |
| 9 | OCTUBRE | $ 1.444.520 | $ 256.300 | 1023941002(SEPTIEMBRE) |
| 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 |
|---|---|---|---|
| $ 1.540.000 | $ 13.409.466 | $ 12.911.640 | $ 497.826 |

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

**OBJETO DEL CONTRATO**

PRESTAR SERVICIOS COMO DIGITADOR 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 period** **Desde:** 2019-10-01 **Hasta:** 2019-10-31

| | OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta) | DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN |
|---|---|---|
| 1 | Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE. | INGRESAR EN EL APLICATIVO SIVIGILA D.C INFORMACIÓN DE ACTAS IVC DE TODAS LAS LÍNEAS Y LOCALIDADES DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE, E INGRESO DE MEDIDAS SANITARIAS, INGRESO FACTURA AL APLICATIVO SISA. |
| 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. | INFORMAR A LOS FUNCIONARIOS SOBRE LAS INCONSISTENCIAS QUE PRESENTAN LOS SOPORTES ENTREGADOS A DIGITACIÓN Y APOYARLOS EN LA REALIZACIÓN DE LOS AJUSTES RESPECTIVOS. ADEMAS BRINDAR INFORMACIÓN A LOS FUNCIONARIOS DE TERRENO DATOS DEL CENSO CUANDO SEA REQUERIDO Y LAS HERRAMIENTAS TECNICAS Y TECNOLOGICAS LO PERMITAN. |
| 3 | Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato. | PRESENTAR CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES CADA MES. |
| 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 | N/A |
| 5 | Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal. | N/A |

**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

Harold Soto
**Firma del Contratista**

**C.C.** 1.088.022.080 **de** BOGOTA

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS | |
|---|---|
| **NOMBRE:** | Javier Ricardo Peñuela Perez |
| **CARGO:** | Coordinador Area de Vigilancia de la Salud Ambiental |
| **FIRMA** | |

REVISADO

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2019-10-16, 08:38:43 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1023941002

**Periodo Cotización:** septiembre de 2019 **Periodo Servicio:** septiembre de 2019 **Referencia pago (PIN):** 8898405100

**PAGADO 16/10/2019**

## I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | HAROLD SOTO GALLO | | |
| **Documento** | CC1088022080 | **Dirección** | CRA 3 ESTE # 12 C-22 |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3118341325 |
| **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 | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días 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 | Apo Minis |
| 1088022080 | HAROLD SOTO GALLO | 59 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 0 | (230301) PORVENIR | $ 828,116 | $ 132,500 | (EPS010) EPS SURA | $ 828,116 | $ 103,600 | 2.436 | $ 828,116 | $ 20,200 | (NN-CC) NINGUNA CCF | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | |

## 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 828,116 | $ 828,116 | $ 828,116 | $ 0 | $ 132,500 | $ 103,600 | $ 20,200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 256,300 | $ 0 | $ 256,300 |

Harold Soto



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 País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

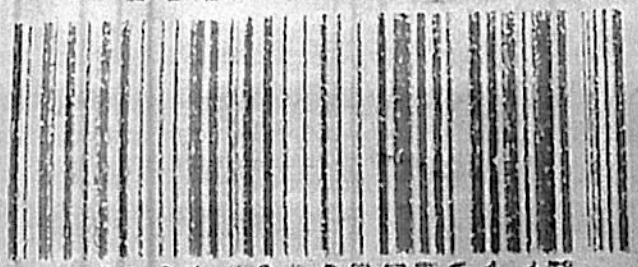
Antes de imprimir, asegurese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

DOCUMENTO SOPORTE

NOMBRE : PLANILLA SIMPLE RECAUDO
NIT : 900.097 333-9
CODIGO : 20596
REFERENCIA : 8898405100
PLANILLA : 10239411002
PERIODO : 2019/09
REFERENCIA 2: 8898405100

| Código | Descripción | Cant | Valor |
|---|---|---|---|
| 693927 | RECAUDO PLA | 1 | 256300 |
| | | | 256300 |

DOCUMENTO



1910160UD5359147
CONSECUTIVO 001

OCT 16, 19 08 19

16/Oct/2019 08:20 1289 05 0026 5301453
(COPIA CLIENTE)

Harold Sdo.