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-1681-2019 **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: YENNIFER PAOLA MARTÍNEZ VILLAMIZAR **C.C.** 1.090.384.776 **de:** CÚCUTA

Fecha Inicio: 2019-02-01 **Fecha Terminación incial:** 2019-03-03 **Valor Mensual:** $ 3.570.149 **Valor a cobrar:** $ 3.570.149

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 3.000.000	536	2019-03-04	2019-04-03
2	$ 8.986.200	738	2019-04-04	2019-08-03
3	$ 3.095.336	1611	2019-08-04	2019-09-03
4	$ 6.201.800	1901	2019-09-04	2019-10-15
5	$ 4.138.458	2561	2019-10-16	2019-11-20
6	$ 5.540.984	2988	2019-11-21	2020-01-03
7	$ 2.792.589	3563	2020-01-04	2020-03-03
8	$ 3.499.148	189	2020-02-01	2020-03-03
9	$ 3.095.400	597	2020-03-04	2020-04-03
10	$ 3.095.400	960	2020-04-04	2020-05-03
11	$ 3.095.400	1397	2020-05-04	2020-06-03
12	$ 3.058.441	1499	2020-06-04	2020-06-30
13	$ 7.302.762	1657	2020-07-01	2020-08-31
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	$ 3.000.000	$ 371.300	8488931500
2	MARZO	$ 3.000.000	$ 371.300	8489951625
3	ABRIL	$ 3.095.400	$ 371.300	8489951625
4	MAYO	$ 3.095.400	$ 383.200	8492323817
5	JUNIO	$ 3.095.400	$ 383.200	8493077874
6	JULIO	$ 3.095.336	$ 383.200	8494122397
7	AGOSTO	$ 3.095.400	$ 383.200	8495378170
8	SEPTIEMBRE	$ 3.095.400	$ 383.200	8496505953
9	OCTUBRE	$ 3.095.400	$ 383.200	8497698676
10	NOVIEMBRE	$ 3.095.400	$ 383.200	8498732468
11	DICIEMBRE	$ 3.095.400	$ 383.200	9400534989
12	ENERO	$ 3.095.400	$ 383.200	9401806327
13	FEBRERO	$ 3.095.400	$ 383.200	9402510944
14	MARZO	$ 3.095.400	$ 383.200	9403705673
15	ABRIL	$ 3.095.400	$ 383.200	9404917926
16	MAYO	$ 3.095.400	$ 222.200	9406217508
17	JUNIO	$ 302.814	$ 222.200	9407311306
18		$ 3.220.898		
19	JULIO	$ 3.570.149	$ 436.200	9408385122
20	AGOSTO	$ 3.570.149	$ 441.900	9409314715
21				
22				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 3.300.000	$ 60.201.918	$ 59.999.546	$ 202.372

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN ENFERMERÍA 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:** 2020-08-01 **Hasta:** 2020-08-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN 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.	Desarrollar acciones en el espacio vivienda de acuerdo el lineamientos establecidos de la Secretaria de salud y cumplir con los direccionamientos establecidos desde del supervisor del contrato para el componente de gestión del Riesgo.	Lectura y apropiación del lineamiento según los cambios establecidos.
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.	Realizar las actividades correspondientes a la jornada de muestreo a población susceptible.	Actividad correspondiente a la jornada de muestreo a población susceptible.
3	3. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.	Realizar el ajuste del cronograma mensual en el que se consignan las actividades programas durante el mes acordes a la acciones establecidas por el lineamiento.	Registro de cronograma en base de gestión del riesgo.
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.	Apoyo a otras actividades que sean asignadas desde coordinación; reconocer y construir saberes y prácticas orientadas al cuidado de la salud del individuo.	Muestreo a población susceptible según programación diaria.
5	5. Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal.	Se realizará según indicación la actividad establecida en la jornada de muestreo a la población susceptible según meta programada.	Actividad asignada en la jornada de muestreo a la población susceptible.

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

Yennifer Paola Martinez V.
Firma del Contratista

C.C. 1.090.384.776 **de** CÚCUTA

FIRMA DEL LIDER O PROFESIONAL QUE VERIFICA LAS ACTIVIDADES	
NOMBRE:	ANGÉLICA MORENO C.C 39579680
CARGO:	LIDER OPERATIVO- GESTIÓN DEL RIESGO
FIRMA	
VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS CC 52933672
CARGO:	REFERENTE ESPACIO VIVIENDA
FIRMA	

aportes en línea

Resumen de Pago por Administradora

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1090384776		MARTINEZ VILLAMIZAR YENNIFER PAOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 149 # 48-64 apto 606	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8136654	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-07	2020-07	707125497	9409314715	I	2020/08/21	2020/08/10	BANCOLOMBIA	0	$441,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$228,500	$0	$0	$228,500
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$228,500	$0	$0	$228,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$34,800	$0	$0	$34,800
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$34,800	$0	$0	$34,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,600	$0	$0	$178,600
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$178,600	$0	$0	$178,600
TOTAL				1	$441,900	$0	$0	$441,900

2020/08/09 07:49 PM