35

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 4603 2020 | C.D.P. No.: | 1656 | Proceso al que pertenece: | PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC |
| | | | | Unidad a la que pertenece: | SALUD PUBLICA - ESPACIO VIVIENDA |

Nombre del Contratista: Ismeray Fajardo Merchan C.C. 1.023.927.740 de: Bogota D.C.

Fecha Inicio: 2020-07-01 Fecha Terminación incial: 2020-08-31 Valor Mensual: $ 3.570.149 Valor a cobrar: $ 3.570.149

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | $ 6.000.000 | 2710 | 2020-09-01 | 2020-10-31 |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 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 | Julio | $ 3.570.149 | | |
| 2 | Agosto | $ 3.570.149 | $ 441.900 | 1031432048 |
| 3 | Septiembre | $ 3.570.149 | $ 441.900 | 1032376999 |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 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 |
|---|---|---|---|
| $ 8.568.364 | $ 14.568.364 | $ 10.710.447 | $ 3.857.917 |

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

**OBJETO DEL CONTRATO**

PRESTAR SERVICIOS DE ACUERDO A SU PERFIL ACADEMICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES 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: 2020-09-01 Hasta: 2020-09-30

| | OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta) | DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 1 | Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la E.S.E | Desarrollo de la induccion al Plan de Intervenciones Colectivas PIC, gestionando informacion relacionada con el cargo a desempeñar. | Inducción, apropiación conceptual de lineamientos |
| 2 | Apoyo al muestreo a poblacion suceptible de COVID-19 | Desarrollar acciones en el espacio vivienda del componente gestion del riesgo acorde a la pertinencia tecnica del abordaje de cada uno de las prioridades, de manera que garantice el cumplimiento de los indicadores | Realizacion de encuesta y registro a personas suceptibles a COVID-19. |
| 3 | Presentar el cronograma de actividades a desarrollar mensualmente . | Diligenciar el cronograma a diario con las acciones que se realizan en campo. | Diligenciar el cronograma |
| 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. | Asistencia y participación en reuniones convovadas por la referente del espacio vivienda, participación a mesas tecnicas covocadas por la SDS | Asistencia a reuniones convocadas por SDS y referente o lider del espacio. |
| 5 | 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. | Apropiacion de lineamientos del componente gestion del riesgo y demas componente de los programas del Plan de Intervenciones Colectivas. | Capacitacion en gestion operativa del 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

Ismeray Fajardo
Firma del Contratista

C.C. 1.023.927.740 de Bogota D.C.

| FIRMA DEL LIDER O PROFESIONAL QUE VERIFICA LAS ACTIVIDADES | |
|---|---|
| NOMBRE: | ANGELICA MARIA MORENO TORRES CC 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 | |

# PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

**Fecha creación reporte** 2020-09-07, 07:47:03 PM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1032376999

**Periodo Cotización** 202008 **Periodo Servicio** 202008

**Cliente:**

## PAGADA 2020-09-07 EN HORARIO EXTENDIDO

### I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Razón Social** | ISMERAY FAJARDO MERCHAN | | | | |
| **Documento** | CC 1023927740 | **Dirección** | CL 30 #16 A - 48 | | |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 7905442 | | |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO | **Total Afiliados** | 1 |
| **Ciudad** | BOGOTA D.C. | **Departamento** | BOGOTA D.C. | | |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | | | |

### II. DATOS DEL AFILIADO

| **Documento** | CC 1023927740 | | Residente | | Exonerado | N | **Apellidos y Nombres** | **Código Ciudad - Departamento** | **Centro de Trabajo** | **Ubicación Laboral** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tipo Cotizante | 59 | 00 | | | | | FAJARDO MERCHAN ISMERAY | 11001000 - 11 | | BOGOTA D.C. |

### III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

| Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Extranjero | Tipo salario | Salario | Pensión | | | | | | Salud | | | | | | Riesgos | | | | | Caja | | | | Parafiscales | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | | | | Código AFP | Código Tras. AFP | Tarifa AFP | IBC | Total Aporte AFP | Total Aporte FSP | Total Aporte FSPS | Código EPS | Código Tras. EPS | Tarifa EPS | IBC EPS | Aporte Salud | Aporte UPC | Código ARL | Clase Riesgo | Tarifa ARL | IBC ARL | Aporte Riesgos | Código CCF | Tarifa CCF | IBC CCF | Aporte Caja | Tarifa SENA | Aporte SENA | Tarifa ICBF | Aporte ICBF |
| | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 0 | | | $ 1.428.060 | 230201 | | 16 % | $ 1.428.060 | $ 228.500 | $ 0 | $ 0 | EPS005 | | 12,5 % | $ 1.428.060 | $ 178.600 | $ 0 | 14-11 | 3 | 2,436 % | $ 1.428.060 | $ 34.800 | NIN-CC | 0 % | $ 0 | $ 0 | 0 % | $ 0 | 0 % | $ 0 |

### IV.TOTALES

| Total Aportes Pensión | Total Aportes FSP | Total Aportes FSPS | Total Aportes Salud | Total Aportes Riesgos | Total Aportes Cajas | Total Aportes SENA | Total Aportes ICBF | Total Aportes ESAP | Total Aportes MEN | Total Final |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PROTECCION (ING + PROTECCION) | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | EPS SANITAS | ARL SURA | NINGUNA CCF | SENA | ICBF | ESAP | MEN | |
| $ 228.500 | $ 0 | $ 0 | $ 178.600 | $ 34.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 441.900 |



Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 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!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Gmail

Ismeray Fajardo <ismefajardo@gmail.com>

## Confirmación Transacción PSE - CUS 735673512

1 mensaje

**serviciopse@achcolombia.com.co** <serviciopse@achcolombia.com.co> 8 de septiembre de 2020, 6:33
Para: ismefajardo@gmail.com




# ¡Hola, Ismeray Fajardo

**Gracias por utilizar los servicios de BANCO DAVIVIENDA y PSE. los siguientes son los datos de tu transacción:**

Estado de la Transacción: Aprobada
CUS: 735673512
Empresa: SIMPLE OI
Descripción: Pago de Seguridad Social
Valor de la Transacción: $ 441.900
Fecha de Transacción: 07/09/2020

Ten en cuenta estos tips de seguridad

- Digita siempre manualmente la dirección del portal de tu Banco para asegurar que no estas siendo redirigido a un sitio que suplanta a tu Entidad Financiera.
- Utiliza dispositivos de uso personal o confiable para realizar tus pagos.
- Procura cambiar tus contraseñas bancarias frencuentemente.

ach COLOMBIA