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 1619 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 PUBLICO
Nombre del Contratista:	DANIEL MAURICIO CAMACHO BARREIRO			C.C.	1.117.518.987 de FLORENCIA
Fecha Inicio:	2019-02-01	Fecha Terminación inicial:	2019-03-03	Valor Mensual:	$ 2.197.015
Valor a cobrar:	$ 2.197.015				

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	2019-07-03
3	$ 1.599.030	1611	2019-07-04	2019-08-03
4	$ 3.209.580	1901	2019-09-04	2019-10-15
5	$ 2.138.232	2561	2019-10-16	2019-11-22
6	$ 2.857.936	2988	2019-11-23	2020-01-03
7	$ 1.442.838	3563	2020-01-04	2020-03-03
8	$ 1.807.893	189		
9	$ 1.599.290	597	2020-03-04	2020-04-03
10	$ 1.599.290	960	2020-04-04	2020-05-03
11	$ 1.599.290	1397	2020-05-04	2020-06-03
12	$ 1.835.095	1499	2020-06-04	2020-06-30
13	$ 4.540.866	1657	2020-07-01	2020-08-31
14	$ 4.394.030	2710	2020-09-01	2020-10-31
15	$ 1.480.597	3615	2020-11-01	2020-11-20
16	$ 569.582	3782	2020-11-21	2020-11-30
17	$ 1.098.400	3952	2020-12-01	2021-12-15
18	$ 3.331.343	4112	2020-12-16	2021-01-31
19	$ 2.197.015	218	2021-02-01	2021-02-28
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	FEBRERO	$ 1.550.000	$ 256.300	8333041100
2	MARZO	$ 1.550.000	$ 256.300	33717313
3	ABRIL	$ 1.599.290	$ 256.300	34267678
4	MAYO	$ 1.599.290	$ 256.300	34872668
5	JUNIO	$ 1.599.290	$ 256.300	35413471
6	JULIO	$ 1.599.030	$ 256.300	35995875
7	AGOSTO	$ 1.599.290	$ 256.300	36757568
8	SEPTIEMBRE	$ 1.599.290	$ 260.000	37984748
9	OCTUBRE	$ 1.599.290	$ 256.300	38078933
10	NOVIEMBRE	$ 1.599.290	$ 256.300	38649554
11	DICIEMBRE	$ 1.599.290	$ 256.300	39254163
12	ENERO	$ 1.599.290	$ 256.300	39854271
13	FEBRERO	$ 1.599.290	$ 271.700	40603817
14	MARZO	$ 1.599.290	$ 271.700	41192096
15	ABRIL	$ 1.599.290	$ 271.700	41780485
16	MAYO	$ 1.599.290	$ 157.600	42670933
17	JUNIO	$ 156.452	$ 157.600	43407137
18		$ 1.982.090		
19	JULIO	$ 2.197.015	$ 272.100	43982632
20	AGOSTO	$ 2.197.015	$ 272.100	44607991
21	SEPTIEMBRE	$ 2.197.015	$ 272.100	45257376
22	OCTUBRE	$ 2.197.015	$ 272.100	45973605
23	NOVIEMBRE	$ 2.197.015	$ 272.100	46531999
24	DICIEMBRE	$ 2.197.015	$ 272.100	47291065
25	ENERO	$ 2.197.015	$ 272.100	47820163
26	FENBRERO	$ 2.197.015	$ 281.200	48405905

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 1.746.998	$ 45.240.175	$ 45.204.462	$ 35.713

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRSTAR SERVICIOS COMO TECNICO EN ARTES 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 periodo: Desde: 2021-02-01 Hasta: 2021-02-28

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la cuenta)	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.w	Participacion en reuniones del espacio publico, realizada desde la coordinacion y desde la estrategia Caracterizacion barrial y comunitaria COVID19.	Actas.
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.	Organizar los recorridos que se realizaron a partir de los puntos ya identificados y entregados por la Secretaria Distrital de Salud, donde se identifican los grupos priorizados en las localidades de la subred aterrizados a UPZ, barrios, cuadrantes y manzanas donde se registra un numero considerable de personas con mayor riesgo. Realizar observaciones dirigidas con el fin de identificar condiciones y factores que afectan positiva o negativamente las posibilidades sociales de distanciamiento o confinamiento mediante la aplicación del instrumento de caracterización entregado por la Secretaria Distrital de Salud en las zonas de cuidado espacial de la subred Centro Oriente.	FichasTécnicas.
3	3. 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.	Se presenta cronograma por medio fisico y magnetico del mes.	Cronograma en fisico
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.	Se realizo apoyo a las actividades que estan sujetas al objeto contractual	Actas
5	5. Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal.	Realizar observación dirigida con el fin de identificar condiciones y factores que afectan positiva o negativamente las posibilidades sociales de distanciamiento o confinamiento mediante la aplicación del instrumento de caracterización entregado por la Secretaría Distrital de Salud	Actas de recorrido, instrumento de caracterización, registro fotográfico y matrices en el Drive, de Caracterización barrial.

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. 1.117.518.987 **de** FLORENCIA

FIRMA DEL LIDER O PROFESIONAL QUE VERIFICA LAS ACTIVIDADES	
NOMBRE Y CEDULA:	RAMIRO RAMIREZ AREVALO CC 80149559
CARGO:	LIDER CARACTERIZACIÓN BARRIAL
FIRMA	
VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	LUISA FERNANDA HERNANDEZ PLAZAS CC. 52713845
CARGO:	LIDER ESPACIO PUBLICO
FIRMA	

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1117518987	DANIEL MAURICIO CAMACHO BARREIRO		CALLE 32 g # 87 17 SUR	2452020	NOTIENE@HOTMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2021-01	2021-01	I	04/02/2021	48405905	$281.200	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	113.600	0		0		0	0	0	0	113.600	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
231001	Colfondos	800227940-6	145.400	0	0	0	0	0	0		145.400	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	22.200				22.200	0	0	22.200			222	22.200	1

TOTALES CAJAS						
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

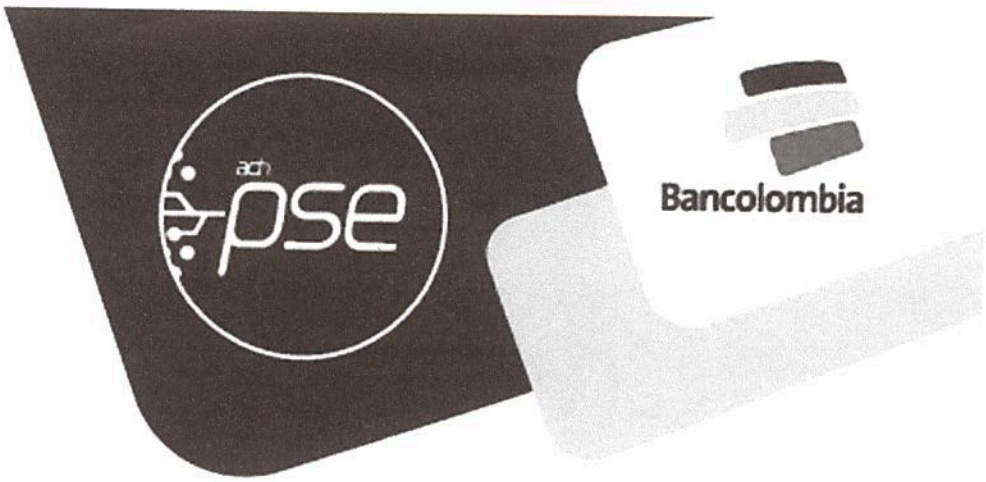
TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	113.600	113.600
Pensión	1	145.400	145.400
Riesgos Laborales	1	22.200	22.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	281.200	281.200

PAGADA 48405905

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Comprobante

de pago en línea



COMPENSAR-OI

Pago realizado por: DANIEL MAURICIO CAMACHO BARREIRO

Nro. de recibo: 48405905

Descripción del pago: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Identificación del contribuyente: 191.95.51.154

Concepto: CC

Razón Social: 1117518987

Fecha y hora de la transacción: Miércoles 3 de Febrero de 2021 10:51:42 PM

Nro. de comprobante: 0000005142

Valor pagado: $ 281,200.00

Cuenta: *******4984

VIGILADO

Bancolombia S.A.

Comuníquese con nuestra Sucursal Telefónica Bancolombia: Bogotá 343 0000 - Medellín 510 9000 - Cali 554 0505 - Barranquilla 361 8888 - Cartagena 693 4400 - Bucaramanga 697 2525 - Pereira 340 1213 - El resto del país 01 800 09 12345 - Sucursales Telefónicas en el exterior: España 900 995 717 - Estados Unidos 1866 379 9714, en caso de recibir una alerta o notificación de una transacción que presenta alguna irregularidad.

Bancolombia nunca le solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com