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 4193 2020	**C.D.P. No.:**	1397	**Proceso al que pertenece:**	PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC
				Unidad a la que pertenece:	SALUD PUBLICA

Nombre del Contratista: ALLISON YINETH CIFUENTES **C.C.** 1.023.935.411 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2020-15-05 **Fecha Terminación incial:** 2020-06-03 **Valor Mensual:** $ 2.334.328 **Valor a cobrar:** $ 2.334.328

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 2.091.676	1499	2020-06-04	2020-06-30
2	$ 4.683.181	1657	2020-07-01	2020-08-03
3	$ 380.610	2359	2020-07-27	2020-08-30
4	$ 4.668.700	2710	2020-08-19	2020-10-31
5	$ 1.573.134	3615	2020-10-26	2020-11-20
6	$ 773.880	3782	2020-11-21	2020-11-30
7	$ 1.167.204	3952	2020-12-04	2020-12-15
8	$ 3.539.553	4112	2020-12-16	2021-01-31
9	$ 2.334.328	218	2021-02-01	2021-02-28
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	MAYO	$ 963.013		
2	JUNIO	$ 176.634	$ 156.000	9407301501
3		$ 2.106.042		
4	JULIO	$ 2.282.676	$ 271.700	9407497191
5	HORAS ADICIONALES	$ 380.610	$ 17.200	9408398527
6	AGOSTO	$ 2.334.328	$ 288.900	9408609170-9409448119
7	SEPTIEMBRE	$ 2.334.328	$ 289.000	9410538074
8	OCTUBRE	$ 2.334.328	$ 289.000	9410771044
9	NOVIEMBRE	$ 2.334.328	$ 289.000	9411865580
10	DICIEMBRE	$ 2.334.328	$ 289.000	9412970726
11	ENERO	$ 2.334.328	$ 289.000	9414253368
12	FEBRERO	$ 2.334.328	$ 289.000	9415343897
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
$ 1.749.840	$ 22.962.106	$ 22.249.271	$ 712.835

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS COMO TECNOLOGO EN SALUD OCUPACIONAL 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:** 2021-02-01 **Hasta:** 2021-02-28

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCION DEL DESARROLLO ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUTO O EVIDENCIA
1	Desarrollar las actividades que se generan directa e indirectamente del objeto contractual en las unidades de prestacion de servicios asignados de acuerdo con la programacion de actividades.	Acompañamiento en la validacion de registro de activación de actividades económicas	Formato: lista de chequeo
2	Coaborar en la subred para que el objeto del contrato se cumpla.	Seguimiento a las condiciones de salud y trabajo de trabajadores informales identificados en unidades de trabajo	Matriz en medio magnético base de datos
3	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.	Actividades en zona de cuidado	Actas, formatos caracterización
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 estandares de habilitacion y acreditacion de servicios de salud	Sesión de promoción de la salud	Formatos caracterización de UTI
5	Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal	Reunión Espacio-Fortalecimiento de capacidades	Listado asistencia
6	Diligicenciar de manera completa adecuada, ordenada y legible todos los formatos requeridos en la diferentes intervenciones de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal.	Matriz de seguimiento, matriz de condiciones cronicas y reportes semanal de actividades.	Matriz magnetica correo electronico

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. 1.023.935.411 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	ARGENIS IBARRA SALAZAR
CARGO:	APOYO A LA GESTION ESPACIO TRABAJO
FIRMA	

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	JEAN PAUL ALARCON BARRAGAN
CARGO:	LIDER ESPACIO TRABAJO
FIRMA	

en línea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1023935411		CIFUENTES SUAREZ ALLISON YINETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Diag.24 #36-26SUR	SOACHA-CUNDINAMARCA	1111111	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-01	2021-01	52136386	9415343897	I	2021/02/03	2021/02/03	BANCO DE OCCIDENTE	0	$289,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$149,400	$0	$0	$149,400
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$149,400	$0	$0	$149,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$22,800	$0	$0	$22,800
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$22,800	$0	$0	$22,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$116,800	$0	$0	$116,800
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$116,800	$0	$0	$116,800
TOTAL				**1**	**$289,000**	**$0**	**$0**	**$289,000**

PLANILLA PAGADA

en línea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1023935411		CIFUENTES SUAREZ ALLISON YINETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Diag.24 #36-26SUR	SOACHA-CUNDINAMARCA	1111111	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-01	2021-01	52136386	9415343897	I	2021/02/03	2021/02/03	BANCO DE OCCIDENTE	0	$289,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$933,732	$149,400			$933,732	$116,800			$0	$0			$933,732	$22,800		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$933,732	$149,400			$933,732	$116,800			$0	$0			$933,732	$22,800		$0	$0
Ciudad: SOACHA Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)					$933,732	$149,400			$933,732	$116,800			$0	$0			$933,732	$22,800		$0	$0
1	CC	1023935411	CIFUENTES ALLISON	230301	30	$933,732	$149,400	EPS005	30	$933,732	$116,800		0	$0	$0	14-7	30	$933,732	$22,800	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$933,732	$149,400			$933,732	$116,800			$0	$0			$933,732	$22,800		$0	$0

EMPRESA: EFECTIVO LTDA.
NIT.830.131.993-1
Calle 96 No. 12-55 Bogota

PAGO DE FACTURAS

1506 PLANILLA AS APORTES EN LINEA

CORRESPONSAL BANCO DE OCCIDENTE

REFERENCIA	9415343897
NUMERO DE APROBACION	136386
Fecha:	02/02/2021 17:13:42
DO:	474703
NUM. TRANSACCION	1029247103
Valor	$289.000,00

CORRESPONSAL BANCARIO PARA BANCO DE OCCIDENTE. LA IMPRESION DE ESTE TIQUETE IMPLICA SU ACEPTACION. VERIFIQUE LA INFORMACION. ESTE ES EL UNICO RECIBO OFICIAL DE PAGO. LINEA NACIONAL: 018000212025. ANTES DE RETIRARSE DEL PUNTO DE ATENCION VERIFIQUE REFERENCIA DE PAGO, CONVENIO, LA FECHA, HORA, TIPO Y MONTO DEL SOPORTE DE PAGO REALIZADO. SI NO ESTA DE ACUERDO CON LA INFORMACION QUE INCORPORADO O LA MISMA NO CORRESPONDE A LA INFORMACION DEL PAGO REALIZADO, INFORMELE DE MANERA INMEDIATA AL CAJERO LA CORRECCION REQUERIDA PARA HACER LAS CORRECCIONES A QUE HAYA LUGAR. DE LO CONTRARIO, EL EFECTIVO BANCO DE OCCIDENTE S.A. ASUMIRA LA RESPONSABILIDAD SOBRE RECLAMOS POSTERIORES.

PS Recaudador: 991198 LOS HEROES CALLE 76

Cajero: SANNIOPRA

Recibi Conforme:_____

C.C._____