1956 2019

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-1956-2019	C.D.P. No.:	188	Proceso al que pertenece:	PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS- PSPIC
				Unidad a la que pertenece:	SALUD PUBLICA - PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES

Nombre del Contratista:	LUISA FERNANDA MUÑOZ BELTRAN		C.C.	1.013.637.048	de:	BOGOTA	
Fecha Inicio:	2019-02-01	Fecha Terminación incial:	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	2019-08-03
3	$ 1.599.030	1611	2019-08-04	2019-09-03
4	$ 3.209.580	1901	2019-09-04	2019-10-15
5	$ 2.138.232	2561	2019-10-16	2019-11-20
6	$ 2.857.936	2988	2019-11-21	2020-01-03
7	$ 1.442.838	3563	2020-01-04	2020-03-03
8	$ 1.807.893	189	2020-01-04	2020-03-03
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	$ 1.877.029	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	$ 728.358	3782	2020-11-21	2020-11-30
17	$ 1.098.400	3952	2020-12-01	2020-12-15
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				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	FEBRERO	$ 1.550.000	$ 256.300	8332678103
2	MARZO	$ 1.550.000	$ 256.300	8333265870
3	ABRIL	$ 1.599.290	$ 256.300	8333883701
4	MAYO	$ 1.599.290	$ 256.300	8334499750
5	JUNIO	$ 1.599.290	$ 256.300	8335184624
6	JULIO	$ 1.599.030	$ 256.300	8335951003
7	AGOSTO	$ 1.599.290	$ 256.300	8336405958
8	SEPTIEMBRE	$ 1.599.290	$ 256.300	8337037787
9	OCTUBRE	$ 1.599.290	$ 256.300	8337671863
10	NOVIEMBRE	$ 1.599.290	$ 256.300	8338339006
11	DICIEMBRE	$ 1.599.290	$ 256.300	8338964994
12	ENERO	$ 1.599.290	$ 256.300	8339640681
13	FEBRERO	$ 1.599.290	$ 271.700	8340262021
14	MARZO	$ 1.599.290	$ 271.700	8340904221
15	ABRIL	$ 1.599.290	$ 271.700	8341572207
16	MAYO	$ 1.599.290	$ 157.600	8342519378
17	JUNIO	$ 156.438	$ 157.600	8342937038
18		$ 1.982.040		
19	JULIO	$ 2.197.015	$ 271.700	8343824642
20	AGOSTO	$ 2.197.015	$ 271.700	8344356894
21	SEPTIEMBRE	$ 2.197.015	$ 271.700	8344988107
22			$ 400	8345379007
23	OCTUBRE	$ 2.197.015	$ 272.100	8345897322
24	NOVIEMBRE	$ 2.197.015	$ 272.100	8346290776
25	DICIEMBRE	$ 2.197.015	$ 272.100	8346919045
26	ENERO	$ 2.197.015	$ 272.100	8347623517
27	FEBRERO	$ 2.197.015	$ 281.200	8348211257

Resumen de contrato	VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
	$ 1.705.000	$ 45.398.887	$ 45.204.398	$ 194.489

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA 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 minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1. Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE.	Identifico la poblacion objeto del PAI, primordialmente menores de 5 años,60 años y gestantes, niñas de 9 a 20 años desde 4to grado de primaria 11 bachillerato, al igual que las niñas de 9 a 17 años desescolarizadas.	Producto en fisico y en magnético
2	2. Apoya la prestación de servicios en el PIC presentando al información y/o soportes que soliciten y que corresponden al objeto y/o actividades contractuales y de acuerdo a los anexos y lineamientos contenidos en el Contrato suscrito con el Fondo Financiero Distrital.	Se entrega la informacion de vacunados diariamente a la coordinacion extramural para ser digitada diariamente y ser informado las coberturas de la estrategia en todo momento	Producto en fisico y en magnético
3	3. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.	Realizar actividades programadas en el cronograma mensual y realizar las observaciones pertinentes frente a actividades que se realizaron y que no estaban planeadas dentro del cronograma mensual.	Producto en fisico y en magnético
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 estandares de habilitación y acreditación de servicios de salud.	Desarrollar el proceso de vacunacion de acuerdo con las guias y manual tecnico administrativo.	Producto en fisico y en magnético
5	5. Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.	Realizar tacticas de vacunacion casa casa, seguimientos o concentraciones, a necesidad o según cronograma de actividades a realizar.	Producto en fisico y en magnético

Observaciones:

Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL.

LuisaMuñoz

Firma del Contratista

C.C. 1.013.637.048 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	DIANA CAROLINA BELTRAN
CARGO:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO 3
FIRMA	Diana Beltrán A

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	LUZ ADRIANA CASTAÑEDA
CARGO:	REFERENTE DE GESTION PROGRAMAS Y ACCIONES
FIRMA	Adrian

Señor(es): LUISA FERNANDA MUNOZ BELTRAN
Nit: CC 1013637048
Dirección: CRA 12 # 17 43 SUR
Teléfono: 3665726 **Fax:**
Ciudad: BOGOTA, D.C.

Respetado(s) señor(es)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:

compensar | miplanilla.com

Nombre	LUISA FERNANDA MUNOZ I
Tipo y número de identificación	1013637048
Número de radicación planilla	8348211257
Fecha de pago	2/1/2021
Número de autorización de pago	1000000162
Banco	1001
Valor Comisión	$0

Número de empleados	1
Periodo cotización salud	Enero 2021
Periodo cotización pensión	Enero 2021
Periodo cotización caja	Enero 2021
Número de administradoras	3
Total Pagado	$281.200
Total interes mora	$0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	$22.200	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	$145.400	1
EPS008	Compensar EPS	$113.600	1

luisamunoz

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

compensar | miplanilla.com

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

DATOS DEL AFILIADO							NOVEDADES														VALOR IBC						LIQUIDACION DE APORTES				
Nr	TIPO	NUMERO	APELLIDOS Y NOMBRES	COD EPS	COD AFP	COD CAJA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	NUEVA EPS	NUEVA AFP	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC CAJAS	IBC RIESGOS	DIRIGIDO EXTRANJERO	EXTRANJERO	COLOMBIANO EN EXTERIOR	COTIZ PENSION	FONDO SOLIDAR PENSION	APORTE VOLUNT PENSION	COTIZ SALUD	UPC ADICIONAL
1	CC	1013637048	MUÑOZ BELTRAN LUISA FERNANDA	EPS008	25-14																				908.526	908.526	0	908.526	0			145.400	0	0	113.600	0

PROHIBIDO

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

LuisaMuñoz

NOTIFICACIÓN
DE TRANSACCIÓN

EXITOSA

Cordial Saludo.

BEMOVIL agradece por tu compra.

El pago de su servicio PLANILLA ASISTIDA COMPENSAR ha sido exitoso, sus datos de confirmación son:

- Nùmero de referencia de pago: 8348211257
- Valor de la transacciòn: $281200
- Nùmero autorizaciòn Bancaria:935051
- Comprobante transacciòn BM:20210129184313578645

Recuerda este pago queda aplicado entre 24 a 48 horas.