1764-2019

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-1764-2019	**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: YAZMIN MALDONADO ROMERO **C.C.** 1,023,882,099 **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	2020-02-01	2020-03-03
9	$ 1,559,290	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	$ 1,777,978	1499	2020-06-04	2020-06-30
13	$ 4,679,938	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	$ 3,295,523	4112	2020-12-16	2020-01-31
19	$ 2,197,015	218	2021-02-01	2021-02-28
20				
21				
22				
23				
24				
25				
25				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	FEBRERO	$ 1,550,000	$ 273,600	8488724484
2	MARZO	$ 1,550,000	$ 273,600	8490120684
3	ABRIL	$ 1,599,290	$ 273,600	8491155888
4	MAYO	$ 1,599,290	$ 273,600	8492320095
5	JUNIO	$ 1,599,290	$ 273,600	8492365530
6	JULIO	$ 1,599,030	$ 273,600	8494302393
7	AGOSTO	$ 1,599,290	$ 273,600	8495551437
8	SEPTIEMBRE	$ 1,599,290	$ 273,600	8496700005
9	OCTUBRE	$ 1,599,290	$ 273,600	8497836711
10	NOVIEMBRE	$ 1,599,290	$ 273,600	8498917305
11	DICIEMBRE	$ 1,599,290	$ 273,600	9400693569
12	ENERO	$ 1,599,290	$ 273,600	9401629410
13	FEBRERO	$ 1,599,290	$ 273,600	9402710628
14	MARZO	$ 1,460,221	$ 273,600	9403823614
15	ABRIL	$ 1,599,290	$ 273,600	9404833200
16	MAYO	$ 1,599,290	$ 157,600	9405989737
17	JUNIO	$ 156,456	$ 157,600	9407094315
18		$ 1,982,040		
19	JULIO	$ 2,197,015	$ 273,600	9408198214
20	AGOSTO	$ 2,197,015	$ 273,600	9409174291
21	SEPTIEMBRE	$ 2,197,015	$ 272,300	9410198019
22	OCTUBRE	$ 2,197,015	$ 272,300	9411341856
23	NOVIEMBRE	$ 2,197,015	$ 272,300	9412424443
24	DICIEMBRE	$ 2,197,015	$ 250,800	9413853682
25	ENERO	$ 2,197,015	$ 250,800	9413853683
26	FEBRERO	$ 2,197,015	$ 259,000	9414940968

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 1,705,000	$ 45,363,088	$ 45,065,347	$ 297,741

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 SUB RED 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 CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1.Prestar sus servicio para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con el FFD y ESE	Identifico la poblacion objeto de PAI, primordialmente menores de 5 años 60 años y gestante, niñas de 9 a 20 años desde cuarto grado de primera a 11 de bachillerato, al igual que las niñas de 9 a 17 años desecolarizadas.	Producto en fisico
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.	Se entrega la informacion de vacunados diariamente a la coordinación extramural para ser digitada diariamente y ser informado las coberturas de la estrategia en todo momento.	Producto en fisico y magnetico
3	3. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.	Realizar actividades programadas en el cronograma mensual y realizar las observaciones pertinentes frente actividades que se realizaron y que no estaban planeadas dentro del cronograma mensual.	Producto en fisico y magnetico
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.	Desarrollar el proceso de vacunacion deacuerdo con las guias y manual tecnico administrativo.	Producto en fisico y magnetico
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 del 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 magnetico

Observaciones:

Se anexa certificacion de pago a Salud, pension y ARL.
En caso de tener contrato nuevo se debe anexar también la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro

Yazmin Maldonado
Firma del Contratista

C.C. 1,023,882,099 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE Y CEDULA:	**DIANA CAROLINA BELTRAN**
CARGO:	**PROFESIONAL ESPECIALIZADO 3**
FIRMA	Diana Beltran A.
VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE Y CEDULA:	**LUZ ADRIANA CASTAÑEDA**
CARGO:	**REFERENTE DE GESTION PROGRAMAS Y ACCIONES**
FIRMA	

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1023882099		MALDONADO ROMERO YAZMIN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cll 30 b sur 1 a 71	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2064007	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	51819413	9414940968	I	2021/02/22	2021/02/02	BANCO DE OCCIDENTE	0	$259,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$145,400	$0	$0	$145,400
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$145,400	$0	$0	$145,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$113,600	$0	$0	$113,600
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$113,600	$0	$0	$113,600
TOTAL				**1**	**$259,000**	**$0**	**$0**	**$259,000**

Yazmin Maldonado.

2021/02/02 04:36 PM

PSP 1764

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	9414940968
NUMERO DE APROBACION	819413
Fecha:	02/02/2021 13:45:05
DV:	096693
NUM. TRANSACCION	1029202483
Valor	$259.000,00

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: 018000512825. 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 ALLI INCORPORADA 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, NI EFECTY NI BANCO DE OCCIDENTE S.A. ASUMIRAN LA RESPONSABILIDAD SOBRE RECLAMOS POSTERIORES.

PS Recaudador: 905850 EXPRESS EFECTY
CALLE 27 SUR

Cajero: JESSVERI

Recibi Conforme Yazmina Maldonado
C.C. 1.023.882.099