PS 2005 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: 01
FECHA: 2017-07-07

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: PS 2005-2019 | C.D.P. No.: 188 | Proceso al que pertenece: PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVECIONES COLECTIVAS PS-PAI | Unidad a la que pertenece: SALUD PUBLICA - PAI

Nombre del Contratista: ALBA STELLA GOMEZ PELAYO | C.C. 1.023.906.259 | 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				
23				
24				
25				
26				
27				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	FEBRERO	$ 1.550.000	$ 256.300	32732517
2	MARZO	$ 1.550.000	$ 256.300	33327179
3	ABRIL	$ 1.599.290	$ 256.300	33938070
4	MAYO	$ 1.599.290	$ 256.300	34571340
5	JUNIO	$ 1.599.290	$ 256.300	35206351
6	JULIO	$ 1.599.030	$ 256.300	35790681
7	AGOSTO	$ 1.599.290	$ 256.300	36466867
8	SEPTIEMBRE	$ 1.599.290	$ 256.300	8337095802
9	OCTUBRE	$ 1.599.290	$ 256.300	37741597
10	NOVIEMBRE	$ 1.599.290	$ 236.100	38625722
11	DICIEMBRE	$ 1.599.290	$ 236.100	8339023004
12	ENERO	$ 1.599.290	$ 236.100	8339704969
13	FEBRERO	$ 1.599.290	$ 250.300	8340325135
14	MARZO	$ 1.599.290	$ 250.300	8340959250
15	ABRIL	$ 1.599.290	$ 250.300	8341649785
16	MAYO	$ 1.599.290	$ 136.200	8342236993
17	JUNIO	$ 156.438	$ 136.200	8343000511
18		$ 1.982.040		
19	JULIO	$ 2.197.015	$ 271.700	8343642603
20	AGOSTO	$ 2.197.015	$ 271.700	44668093
21	SEPTIEMBRE	$ 2.197.015	$ 271.700	8345057021
22			$ 400	8345383449
23	OCTUBRE	$ 2.197.015	$ 272.100	45931548
24	NOVIEMBRE	$ 2.197.015	$ 272.100	8346339737
25	DICIEMBRE	$ 2.197.015	$ 272.100	8346991320
26	ENERO	$ 2.197.015	$ 272.100	8347682527
27	FEBRERO	$ 2.197.015	$ 281.200	8348266627

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)	DESCRIPCION DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
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
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	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.
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
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 de acuerdo con las guias y manual tecnico administrativo
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	Realizar tacticas de vacunacion casa casa, seguimientos o concentraciones, a necesidad o según cronograma de actividades a realizar
6		
7		
8		
9		
10		

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. 1.023.906.259 de BOGOTA

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

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

Señor(es):	alba stella gomez pelayo
Nit:	CC 1023906259
Dirección:	cra 11 a n 41 52 sur
Teléfono:	1234567 **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	alba stella gomez pelayo
Tipo y número de identificación	1023906259
Número de radicación planilla	8348266627
Fecha de pago	2/3/2021
Número de autorización de pago	45166273
Banco	1023
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
230301	Porvenir	$145.400	1
EPS008	Compensar EPS	$113.600	1

Alba Gomez
1023906259

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				
Nº	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	TIPO COTIZANTE	EXTRANJERO	COLOMBIANO EN EXTERIOR	COTIZ PENSION	FONDO SOLIDAR PENSION	APORTE VOLUNT PENSION	COTIZ SALUD	UPC ADICIONAL
1	CC	1023906259	GOMEZ PELAYO ALBA STELLA	EPS008	230301																				908.526	908.526	0	908.526	0			145.400	0	0	113.600	0

1023906259



PAGO DE FACTURAS

PILA BP

NUM APROBACION: 45166273
NUM REFERENCIA: 000000834826627
NUM IDENTIFICACION: 1023906259
PERIODO: 2021-01
FECHA EFECTIVA: 2021-02-03
VALOR: 281.200
MIE 3 FEB 21 12:43:23
034-039353293-033
782860-040358-744625-557260-48
CONSERVE ESTE TIQUETE. ES EL UNICO RECIBO OFICIAL DE PAGO.EN CASO DE RECLAMO LLAMAR A: A SU OPERADOR.
16539 CLR 1023962343
AGT 051129276-936860

1023906259