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 4281 2020	**C.D.P. No.:**	1348	**Proceso al que pertenece:**	PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC
				Unidad a la que pertenece:	SALUD PUBLICA

Nombre del Contratista: DANIEL ARTURO CHAPARRO PEÑA **C.C.** 1.018.449.068 **de:** BOGOTÁ

Fecha Inicio: 2020-05-21 **Fecha Terminación incial:** 2020-05-30 **Valor Mensual:** $ 3.570.149 **Valor a cobrar:** $ 3.570.149

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 2.645.856	1499	2020-06-01	2020-06-30
2	$ 7.715.346	1657	2020-07-01	2020-08-31
3	$ 5.000.000	2710	2020-09-01	2020-10-31
4	$ 2.405.970	3615	2020-11-01	2020-11-20
5	$ 1.183.582	3782	2020-11-21	2020-11-30
6	$ 1.785.000	3919	2020-12-01	2020-12-15
7	$ 3.570.149	4111	2020-12-16	2021-01-15
8	$ 1.785.076	108	2021-01-16	2021-01-31
9	$ 3.570.149	218	2021-02-01	2021-02-28
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	MAYO	$ 1.026.203	$ 85.100	1030593665
2	JUNIO	$ 302.814	$ 85.100	1030593665-1030788724
3		$ 3.220.895		
4	JULIO	$ 1.785.076	$ 271.700	1031383642
5	AGOSTO	$ 3.570.149	$ 437.700	1031847897
6	SEPTIEMBRE	$ 3.570.149	$ 441.900	1032511661-1032625126
7	OCTUBRE	$ 3.570.149	$ 441.900	1033070461
8	NOVIEMBRE	$ 3.570.149	$ 441.900	1033868810
9	DICIEMBRE	$ 3.570.149	$ 441.900	1034304505
10	ENERO	$ 3.570.149	$ 441.900	1034318674
11	FEBRERO	$ 3.570.149	$ 441.900	1034671322
12				
13				
14				
15				
16				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 1.960.440	$ 31.621.568	$ 31.326.031	$ 295.537

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO EN PSICOLOGA 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 CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUTO O EVIDENCIA
1	Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE.	Elaboración y cumplimiento de los productos del componente de transmisibles	\\ubh-srv-001\Vigilancia Epidemiologica\SIVIGILA_2020
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.	160 Intervenciones Epidemiologicas de Campo de COVID * Busqueda de contactos * Activacion toma de muestras * Aducacion en etiqueta de tos, lavado de manos	\\ubh-srv-001\Vigilancia Epidemiologica\SIVIGILA_2020\IEC\IEC_SIVIGILA\346_COVID19 \\ubh-srv-001\Vigilancia Epidemiologica\SIVIGILA_2020\IEC\IEC_SIVIGILA\348_COVID_19 \\ubh-srv-001\Vigilancia Epidemiologica\SIVIGILA_2020\IEC\IEC_SIVIGILA\345_ESI_IRAG
3	Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.	Cronograma mensual de actividades y entrega de productos a los diferentes auditores, actores y supervisores que realizan las auditorias respectivas.	Entrega en fisico a Jaime Rodriguez del Cronograma mensual de actividades.
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.	Induccion al area de transmisibles capacitacion en elementos de protección personal	Actas en fisico reposan en archivo lider transmisibles
5	Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacios de vida o componente transversal.	160 Intervenciones Epidemiologicas de Campo de COVID * Busqueda de contactos * Activacion toma de muestras * Aducacion en etiqueta de tos, lavado de manos	\\ubh-srv-001\Vigilancia Epidemiologica\SIVIGILA_2020\IEC\IEC_SIVIGILA\346_COVID19 \\ubh-srv-001\Vigilancia Epidemiologica\SIVIGILA_2020\IEC\IEC_SIVIGILA\348_COVID_19 \\ubh-srv-001\Vigilancia Epidemiologica\SIVIGILA_2020\IEC\IEC_SIVIGILA\345_ESI_IRAG

Observaciones:

Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL. Mayo 2020
En caso de tener contrato nuevo se debe anexar también la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro

Daniel Chaparro P.
Firma del Contratista

C.C. 1.018.449.068 **de** BOGOTÁ

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	LADY VIVIANA RODRIGUEZ GALINDO cc 52975862
CARGO:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO EN SALUD
FIRMA	

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	MARIA CRISTINA DUARTE GARZON cc 35376691
CARGO:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO EN SALUD
FIRMA	

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2021-02-03, 05:12:59 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1034671322

Periodo Cotización: enero de 2021 **Periodo Servicio:** enero de 2021 **Referencia pago (PIN):** 8820126190

PAGADO 03/02/2021

DEL APORTANTE

cial	DANIEL ARTURO CHAPARRO PEÑA		
o	CC1018449068	Dirección	CR 57A #4 G - 07
mpresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3228442179
ona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
ante Legal		Identificación	
ados	1	ARP	POSITIVA DE SEGUROS

E DEL APORTANTE

Datos del Afiliado			Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COT	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
NIEL ARTURO CHAPARRO ÑA	57	00																	0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	$ 1.428.060	$ 228.500	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1.428.060	$ 178.600	2,436	$ 1.428.060	$ 34.800	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 441.900

ALES

ón	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
8.060	$ 1.428.060	$ 1.428.060	$ 0	$ 228.500	$ 178.600	$ 34.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 441.900	$ 0	$ 441.900

Lineas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

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

PAGO DE FACTURAS

1136 PLANILLA ASISTIDA SIMPLE

CORRESPONSAL BANCO DE OCCIDENTE

REFERENCIA	8820126190
NUMERO DE APROBACION	704073
Fecha:	03/02/2021 12:14:36
DO:	220319
NUM. TRANSACCION	1029304291
Valor	$441.900,00

CORRESPONSAL BANCARIO PARA BANCO DE OCCIDENTE. LA IMPRESIÓN DE ESTE TIQUETE IMPLICA SU ACEPTACIÓN, VERIFIQUE LA INFORMACIÓN, ESTE ES EL ÚNICO RECIBO OFICIAL DE PAGO. LÍNEA NACIONAL: 018000512825. ANTES DE RETIRARSE DEL PUNTO DE ATENCIÓN VERIFIQUE REFERENCIA DE PAGO, CONVENIO, LA FECHA, HORA, TIPO Y MONTO DEL SOPORTE DE PAGO REALIZADO. SI NO ESTÁ DE ACUERDO CON LA INFORMACIÓN ALLÍ INCORPORADA O LA MISMA NO CORRESPONDE A LA INFORMACIÓN DEL PAGO REALIZADO, INFÓRMELE DE MANERA INMEDIATA AL CAJERO LA CORRECCIÓN REQUERIDA PARA HACER LAS CORRECCIONES A QUE HAYA LUGAR. DE LO CONTRARIO, NI EFECTY NI BANCO DE OCCIDENTE S.A. ASUMIRÁN LA RESPONSABILIDAD SOBRE RECLAMOS POSTERIORES.

PS Recaudador: 010603 GALAN (TRINIDAD) KRA 56 ::

Cajero: ROGOBU

Recibi Conforme: _____