

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: PS 5537 2020 **C.D.P. No.:** 2864 **Proceso al que pertenece:** PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC
Unidad a la que pertenece: SALUD PUBLICA

Nombre del Contratista: DORIS BIBIANA DAZA POVEDA **C.C.** 52.827.450 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2021-02-01 **Fecha Terminación inicial:** 2021-02-28 **Valor Mensual:** \$ 2.197.015 **Valor a cobrar:** \$ 2.197.015

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	\$ 1.480.597	3615	2020-11-01	2020-11-20
2	\$ 728.358	3782	2020-11-21	2020-11-30
3	\$ 1.098.400	3952	2020-12-01	2020-12-15
4	\$ 2.197.015	4111	2020-12-16	2020-01-15
5	\$ 1.980.400	108	2021-01-16	2021-01-31
6	\$ 2.197.015	218	2021-02-01	2021-02-28
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	SEPTIEMBRE	\$ 1.170.120	\$ 0	0
2	OCTUBRE	\$ 2.197.015	\$ 145.100,	9411520990
3	NOVIEMBRE	\$ 2.197.015	\$ 271.700	9412113252
4			\$ 400	9412872678
5	DICIEMBRE	\$ 2.197.015	\$ 271.700,00	9413837141
6	ENERO	\$ 2.197.015	\$ 271.700,00	9414228759
7	FEBRERO	\$ 2.197.015	\$ 281.200,00	9414608093
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				

Resumen de contrato	VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
	\$ 3.641.600	\$ 12.461.465	\$ 12.155.195	\$ 306.270

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

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN 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 DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1 Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del	1. Participación en reuniones de área de vigilancia en salud pública 2. Seguimiento a contactos casos sospechosos y positivos de COVID 19.	1. Reporte en base de seguimiento de actividades 2. soporte de las evidencias de los casos probables en correo
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.	1. Registro en base de datos de drive de actividades diarias realizadas. 2. Registro de seguimientos a contactos casos sospechosos y positivos de COVID 19.	1. Reporte en base de seguimiento de actividades 2. Soporte de evidencia de los casos probables en correo seguimientoscoronavirus2020@gmail.com y soportes de casos
3 Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.	1. Entrega de cronograma de actividades del mes correspondiente y su actualización correspondiente.	1. Reporte en cronograma 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 los servicios de salud	1. Presentación de soportes de actividades de seguimientos telefónicos casos COVID 19	1. En los respectivos correos se encuentran los casos asignados y se reportan las llamadas telefónicas seguimientoscoronavirus2020@gmail.com
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.	1. seguimiento a casos de forma telefónica y virtual según programación de actividades de acuerdo a las alertas en salud y requerimientos del estado por COVID 19	1. Se evidencia en correo de notificacionsintomascovidco@gmail.com

Observaciones:

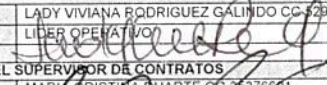
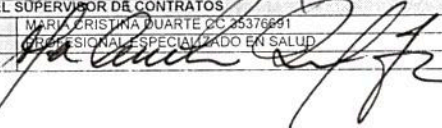
Doris Bibiana Daza Poveda

Firma del Contratista

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

C.C. 52.827.450 de BOGOTA

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICA LAS ACTIVIDADES

NOMBRE:	LADY VIVIANA RODRIGUEZ GALINDO CC-52975862
CARGO:	LÍDER OPERATIVO
FIRMA:	
FIRMA DEL SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	MARY CRISTINA DUARTE CC-25376691
CARGO:	COORDINADORA ESPECIALIZADA EN SALUD
FIRMA:	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 52827450		DAZA POVEDA DORIS BIBIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 7 A N 4-15 ET 10 TO 6 APTO 304	SOACHA-CUNDINAMARCA	9034740	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo		Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2021-01	2021-01	52452471	941460893	1	2021/02/11	2021/02/03	BANCO DE OCCIDENTE	0	\$281,200
RESUMEN DE PAGO									
RIESGO		CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)									
PORVENIR		230301	800,224,808	8	1	\$145,400	\$0	\$0	\$145,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)									
ARL SURA		14-11	890,903,790	5	1	\$22,200	\$0	\$0	\$22,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)									
SALUD TOTAL		EPS002	800,130,907	4	1	\$113,600	\$0	\$0	\$113,600
TOTAL					1	\$281,200	\$0	\$0	\$281,200

DATOS GENERALES DEL APORTANTE												
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF				
CC 52827450		DAZA POVEDA DORIS BIBIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 7 A N 4-15 ET 10 TO 6 APTO 304	SOACHA-CUNDINAMARCA	9034740	No				
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION												
Periodo		Clave	Planilla	Planilla	Tipo	Fecha	Pago					
Pensión	Salud	Pago			Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor			
2021-01	2021-01	52452471	9414608093		I	2021/02/11	2021/02/03	BANCO DE OCCIDENTE	0 \$281,200			
LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES												
EMPLEADO			PENSION			SALUD			RIESGOS			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias
Sucursal Principal (1 Afiliados)					\$908,526	\$145,400			\$908,526	\$113,600	\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$908,526	\$145,400			\$908,526	\$113,600	\$0	
Ciudad: SOACHA Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)					\$908,526	\$145,400			\$908,526	\$113,600	\$0	
1	CC 52827450	DAZA DORIS	210301	30	\$908,526	\$145,400	EP5002	30	\$908,526	\$113,600	14-11	30
Total Afiliados(1)					\$908,526	\$145,400			\$908,526	\$113,600	\$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

9414608093

NUM RO DE APROBACION

452471

Fecha:

03/02/2021 09:16:31

DV:

319125

NUM TRANSACCION

1029269144

Valor

\$281.200,00

CORRESPONSAL BANCARIO PARA BANCO DE
OCCIDENTE. LA IMPRESION DE ESTE TIQUETE
IMPLICA SU ACEPTACION. VERIFIQUE LA
FORMACION, ESTE ES EL UNICO RECIBO
OFICIAL DE PAGO. LINEA NACIONAL:
08000512825. ANTES DE RETIRARSE DEL
PUNTO DE ATENCION VERIFIQUE REFERENCIA
DE APO, 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 EFECTIVO NI BANCO DE
OCCIDENTE S.A. ASUMIRAN LA
RESPONSABILIDAD SOBRE RECLAMOS
POSTERIORES.

S Recaudador: 903010 SUACHA PARQUE
CAMPESTRE

Cajero: MARLCASU