Cuenta de cobro 003- 2021

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Nit. 900.959.051-7

DEBE A:

SONIA VIVIANA MONTAÑEZ GOMEZ
C.C. 46385979 de
SOGAMOSO

LA SUMA DE:

DOS MILLONES TRECIENTOS SESENTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS VEINTE PESOS. ($2.365.920)

Por concepto de:

- Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No PS 1845 de 2019 correspondiente al mes del16 al 30 de marzo de 2021.

OBJETO:PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN ENFERMERIA DESARROLLANDO ACYIVIDADES EN EL PLAN DE SALUDPUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE .

Cordialmente,

SONIA VIVIANA MONTAÑEZ GOMEZ
C.C. 46385979
Teléfono: 3007254594 Dirección: CL 12A 71C 61
No Cuenta 25890814436 ahorros BANCOLOMBIA
Fecha: 30/MARZO /2021

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
VERSION: 02
FECHA: 2020-05-04

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS1845-2019	**C.D.P. No.:**	188	**Proceso al que pertenece:**	PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC
				Unidad a la que pertenece:	ENTORNO EDUCATIVO
Nombre del Contratista:	SONIA MONTAÑEZ GOMEZ			**C.C.**	46385979 **de:** SOGAMOSO.
Fecha Inicio:	2019-02-01	**Fecha Terminación inicial:**	2019-03-03	**Valor Mensual:**	$ 3.627.684 **Valor a cobrar:** $ 2.365.920

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 3.000.000	536	2019-03-04	2019-04-03
2	$ 8.986.200	738	2019-04-04	2019-08-03
3	$ 3.095.336	1611	2019-08-04	2019-09-03
4	$ 6.201.800	1901	2019-09-04	2019-10-15
5	$ 4.138.458	2561	2019-10-16	2019-11-20
6	$ 5.540.984	2988	2019-11-21	2020-01-03
7	$ 2.792.589	3563	2020-01-04	2020-03-03
8	$ 3.095.400	597	2020-03-04	2020-04-03
9	$ 3.095.400	960	2020-04-04	2020-05-03
10	$ 3.325.400	1397	2020-05-04	2020-06-03
11	$ 3.192.345	1499	2020-06-04	2020-06-30
12	$ 7.140.234	1657	2020-07-01	2020-08-30
13	$ 7.200.000	2710	2020-09-01	2020-10-31
14	$ 2.405.970	3615	2020-11-01	2020-11-20
15	$ 1.183.582	3782	2020-11-21	2020-11-30
16	$ 1.785.076	3919	2020-12-01	2020-12-15
17	$ 5.413.433	4112	2020-12-16	2021-01-31
18	$ 3.570.149	218	2021-02-01	2021-02-28
19	$ 3.570.000	549	2021-03-01	2021-03-31
20				
21				
22				
23				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	FEBRERO	$ 3.000.000	$ 371.300	8488814238
2	MARZO	$ 3.000.000	$ 371.300	8489947741
3	ABRIL	$ 3.095.400	$ 371.300	8491043342
4	MAYO	$ 3.095.400	$ 383.200	8491789053
5	JUNIO	$ 3.095.400	$ 383.200	8492259872
6	JULIO	$ 3.095.400	$ 383.200	8494132558
7	AGOSTO	$ 3.095.400	$ 383.200	8495387648
8	SEPTIEMBRE	$ 3.095.400	$ 383.200	8496515292
9	OCTUBRE	$ 3.095.400	$ 383.200	8497707557
10	NOVIEMBRE	$ 3.095.400	$ 383.200	8498741236
11	DICIEMBRE	$ 3.095.400	$ 383.200	9400542913
12	ENERO	$ 1.547.700	$ 383.200	9401553562
13	FEBRERO	$ 1.547.700	$ 271.700	9402727738
14	MARZO	$ 3.095.400	$ 271.700	9403712822
15	ABRIL	$ 3.095.400	$ 383.200	9404845658
16	MAYO	$ 3.095.400	$ 222.200	9405863236
17	JUNIO	$ 302.814	$ 222.200	9406573939
18		$ 3.220.898		
19	JULIO	$ 3.570.149	$ 436.100	9408323865
20	AGOSTO	$ 3.570.149	$ 441.900	9409309509
21	SEPTIEMBRE	$ 3.570.149	$ 441.900	9410084893
22	OCTUBRE	$ 3.570.149	$ 441.900	9411169735
23	NOVIEMBRE	$ 3.570.149	$ 441.900	9412302654
24	DICIEMBRE	$ 3.570.149	$ 441.900	9413669821
25	ENERO	$ 3.570.149	$ 441.900	9414717461
26	FEBRERO	$ 3.570.149	$ 441.900	9415914600
27	MARZO	$ 2.365.920	$ 441.900	9417014241
28				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 3.300.000	$ 82.032.356	$ 80.691.024	$ 1.341.332

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

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 período: Desde: 2021-03-16 Hasta: 2021-03-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCION DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUTO O EVIDENCIA
1	1.Prestar sus sevicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y E.S.E.	Realizar sesiones educativas en entornos educativos institucionales favoreciendo el reconocimiento habitos de vida saludable . - Elaboracion de actas de sesiones realizadas. - Diligenciamiento de formato de acciones colestivas - Participación en reuniones de espacio público	Actas y listados de acciones colectivas
2	Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.Contenidas en el formato de necesidad del personal que hace parte integral del presente contrato	Entrega de cronogramas de las actividades programadas	Cronograma de actividades
3	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.	Adherencia a lineamientos y oportunidades de mejora.	Actas y listados de acciones colectivas
4	Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal.	Abordaje a escolares para fomento de prácticas saludables	Actas y listados de acciones colectivas

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. 46.385.979 **de** SOGAMOSO.

FIRMA DEL LIDER O PROFESIONAL QUE VERIFICA LAS ACTIVIDADES	
NOMBRE:	JEIMI MONROY BELTRAN
CARGO:	APOYO PROFESIONAL A LA GESTION ENTORNO EDUCATIVO
FIRMA	
VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	YOHNNY URIOLA HERNANDEZ GARCIA
CARGO:	LIDER ESPACIO EDUCATIVO
FIRMA	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

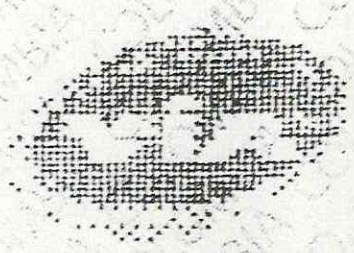
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 46385979		MONTAÑEZ GOMEZ SONIA VIVIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 12 a 71 c 61	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7777777	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Período		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2021-02	2021-02	9210642185412936	9417014241	I	2021/03/17	2021/03/05	BANCO DE OCCIDENTE	0	$470,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,428,100	$228,500			$1,428,100	$178,600			$1,428,100	$28,600			$1,428,100	$34,800		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,428,100	$228,500			$1,428,100	$178,600			$1,428,100	$28,600			$1,428,100	$34,800		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,428,100	$228,500			$1,428,100	$178,600			$1,428,100	$28,600			$1,428,100	$34,800		$0	$0
1	CC 46385979	MONTAÑEZ SONIA	230301	30	$1,428,100	$228,500	EPS017	30	$1,428,100	$178,600	CCF21	30	$1,428,100	$28,600	14-7	30	$1,428,100	$34,800	30	$0	$0
Total Afiliados(1)					$1,428,100	$228,500			$1,428,100	$178,600			$1,428,100	$28,600			$1,428,100	$34,800		$0	$0



PAGO DE FACTURAS

PILA BB

NUM APROBACION: 00089810

NUM REFERENCIA: 000000894170142411

NUM IDENTIFICACION: 463B5979

PERIODO: 2021-02

FECHA EFECTIVA: 2021-03-05

VALOR: 470,500

VIE 5 MAR 21 12:17:29

064-03051914-097

782185-006987-944626-252260-43

CONSERVE ESTE TIQUETE, ES EL UNICO RECIBO OFICIAL DE PAGO.EN CASO DE RECLAMO LLAMAR A: A SU OPERADOR

AGT 9958 CLR 79519899

071158B4-682426

Escaneado con CamScanner