

1947

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 1947 2019 C.D.P. No.: 188 Proceso al que pertenece: PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS- Unidad a la que pertenece: SALUD PUBLICA

Nombre del Contratista: NELLY CASTAÑEDA CORREA C.C. 24.079.185 de: SOATA BOYACA

Fecha Inicio: 2019-02-01 Fecha Terminación inicial: 2019-03-03 Valor Mensual: \$ 2.197.015 Valor a cobrar: \$ 2.138.478

ADICIÓN / OTRO	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				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO	NÚMERO DE PLANILLA
1	FEBRERO	1.550.000	\$ 256.300	33025556
2	MARZO	1.550.000	\$ 256.300	33657893
3	ABRIL	1.599.290	\$ 256.300	34250727
4	MAYO	1.599.290	\$ 256.300	34250723
5	JUNIO	1.599.290	\$ 256.300	35414343
6	JULIO	1.599.030	\$ 256.300	36084263
7	AGOSTO	1.599.290	\$ 256.300	36751906
8	SEPTIEMBRE	1.599.290	\$ 256.300	37339605
9	OCTUBRE	1.599.290	\$ 256.300	37962544
10	NOVIEMBRE	1.599.290	\$ 256.300	38680506
11	DICIEMBRE	1.599.290	\$ 256.300	39269984
12	ENERO	1.599.290	\$ 256.300	39956753
13	FEBRERO	1.599.290	\$ 271.700	40557344
14	MARZO	1.599.290	\$ 271.700	41259546
15	ABRIL	1.599.290	\$ 271.700	41853941
16	MAYO	1.599.290	\$ 157.600	42708364
17	JUNIO	156.438	\$ 157.600	43402219
18		\$ 1.982.040		
19				
20				
21				
22				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO

\$ 1.705.000

VALOR TOTAL DEL CONTRATO

\$ 27.628.278

PAGOS REALIZADOS

\$ 27.628.278

SALDO DEL CONTRATO

\$ 0

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: 2020-06-01 Hasta: 2020-06-30

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCION DEL DESARROLLO	PRODUCTO O EVIDENCIA
1. Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE.	Identifico la población 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.	Producto en físico
2. Apoya la prestación de servicios en el PIC presentando al información y/o soportes que soliciten y que corresponden 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 información de vacunados diariamente a la coordinación extramural para ser digitada diariamente y ser informado las coberturas de la estrategia en todo momento	Producto en físico y en magnético
3. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.	Realizar actividades programadas en el cronograma mensual y realizar las observaciones pertinentes frente a actividades que se realizaron y que no estaban planeadas dentro del cronograma mensual.	Producto en físico y en magnético
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 vacunación de acuerdo con las guías y manual técnico administrativo.	Producto en físico y en magnético
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.	Realizar tácticas de vacunación casa casa, seguimientos o concentraciones, a necesidad o según cronograma de actividades a realizar.	Producto en físico y en magnético

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

Nelly Castañeda

Firma del Contratista

C.C. 24.079.185 de SOATA BOYACA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS

NOMBRE:

DIANA CAROLINA 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

Luz Castañeda

DATOS DEL APORTANTE									
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD			
CC	24079185	NELLY CASTAÑEDA CORREA	CALLE 168 NO 65 50 CASA 11	8142767	NELLYCASTANEDAC@YAHOO.COM				
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO				
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.	NO			

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2020-05	2020-05	1	16/06/2020	43402219	\$157.600	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD				
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	109.800	0

Licencia Maternidad				
Valor		No. Autorización	Valor	
0		0	0	
Valor Mora Cotización				
0				
Valor Mora UPC				
0				
Total a Pagar				
109.800				
No. Afiliados				
1				

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte ESP. Solidaridad	Aporte ESP. Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
231001	Colfondos	800227940-5	26.400	0	0	0	0	0	0	0	26.400	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades No. Autorización	Valor	Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
14-7	Seguros Bolívar S.A.	860002503-2	21.400				21.400	0	0	21.400		214		21.400	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
------------	--------	-----	--------------	-----------	-------------------	---------------	---------------

TOTALES PARAFISCALES							
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados			
0	0	0	0	0	SENA		
0	0	0	0	0	ICBF		
					ESAP		
					MEN		

TOTALES POR SUBSISTEMA				
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar	No. Afiliados
Salud	1	109.800	109.800	109.800
Pensión	1	26.400	26.400	26.400
Riesgos Laborales	1	21.400	21.400	21.400
CCF	0	0	0	0
ESAP	0	0	0	0
ICBF	0	0	0	0
MEN	0	0	0	0
SENA	0	0	0	0
TOTALES	3	157.600	157.600	157.600

Nelly Castañeda
CC 24079185

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	24079185	NELLY CASTAÑEDA CORREA	CALLE 168 NO 65 50 CASA 11	8142767	NELLYCASTANEDAC@YAHOO. .COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D. C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD	
				EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD				1	0
2020-05	2020-05	1	16/06/2020	TOTAL A PAGAR \$157.600	

ALLE POR COTIZANTE

[illegible]

Nelly Customach
CC 240718 S

1947.

Información básica de la planilla

Empresa:	NELLY CASTAÑEDA CORREA	NIT:	24079185
Tipo Planilla:	I	Periodo liquidación Pensiones:	mayo 2020
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	Periodo liquidación Salud:	mayo 2020
Número de Radicación:	43402219	Total a pagar:	\$157,600
Fecha de vencimiento:	30/09/2020	Total de empleados:	1
Fecha de Pago:	16/06/2020	Número de Administradoras:	3

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	Nit recaudo:	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	Medio de Pago:	Pago Electronico por PSE
Banco:	BANCO CAJA SOCIAL	Número Autorización:	654172893

Estado de la transacción: Transacción aprobada

Código	NIT	Administradoras	Num. Afiliados	* Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado
14-7	860002503	Cia. de Seguros Bolívar S.A.	1		\$0	\$21,400
231001	800227940	Colfondos	1		\$0	\$26,400
EPS008	860066942	Compensar EPS	1		\$0	\$109,800
						\$157,600

***Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.**

Nelly Castañeda
CC 24079185