Cuenta de cobro 005 - 2021

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

Nit. 900.959.051-7

DEBE A:

MANUEL ALFONSO CASTILLO GONZALEZ
C.C. 1015459376 de BOGOTÁ

LA SUMA DE:

TRESCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO MIL OCHOCIENTOS OCHENTA Y OCHO ($354.888)

Por concepto de:

- Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No PS 4214 de 2020 correspondiente al periodo 1 al 3 de Mayo de 2021

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO AMBIENTAL DESARROLLANDO ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. CON DISPONIBILIDAD EN CUMPLIMIENTO DE LA MISIÓN Y LA VISIÓN DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Cordialmente,

Manuel Castillo

MANUEL ALFONSO CASTILLO GONZALEZ CONTRATISTA
C.C. 1015459376
Teléfono: 3012523674
Dirección: CL 19B 81B 30 TO 1 AP 204
No Cuenta 325116754 ahorros Banco de Bogotá

Fecha: 30/Mayo/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
VERSIÓN: 02
FECHA: 2020-05-04

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: 4214 2020 **C.D.P. No.:** 1272
Proceso al que pertenece: PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC
Unidad a la que pertenece: SALUD PUBLICA - ENTORNO HOGAR-INSTITUCIONAL

Nombre del Contratista: MANUEL ALFONSO CASTILLO GONZALEZ **C.C.** 1.015.459.376 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2020-05-18 **Fecha Terminación incial:** 2020-06-03 **Valor Mensual:** $ 3.627.684 **Valor a cobrar:** $ 354.888

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 3.148.303	1499	2020-06-04	2020-06-30
2	$ 7.212.899	1657	2020-07-01	2020-08-31
3	$ 7.140.298	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	3952	2020-12-01	2020-12-15
7	$ 5.413.433	4112	2020-12-16	2021-01-31
8	$ 3.570.149	218	2021-02-01	2021-02-28
9	$ 3.570.000	549	2021-03-01	2021-03-31
10	$ 4.570.153	883	2021-04-01	2021-05-03
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	MAYO	$ 1.650.880	$ 157.600	42724989
2	JUNIO	$ 302.814 $ 3.220.898	$ 157.600	42724989
3	JULIO	$ 3.570.149	$ 441.900	43946437
4	AGOSTO	$ 3.570.149	$ 441.900	44630601
5	SEPTIEMBRE	$ 3.570.149	$ 441.900	45338102
6	OCTUBRE	$ 3.570.149	$ 441.900	45933604
7	NOVIEMBRE	$ 3.570.149	$ 441.900	46597400
8	DICIEMBRE	$ 3.570.149	$ 441.900	47065688
9	ENERO	$ 3.570.149	$ 441.900	47691311
10	FEBRERO	$ 3.570.149	$ 441.900	48442221
11	MARZO	$ 2.910.448	$ 441.900	49039165
12	ABRIL	$ 46.904	$ 360.300	49888087
13		$ 3.627.684		
14		$ 394.313		
15	MAYO	$ 354.888	$ 503.700	50468888
16				
17				
18				
19				
20				
21				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 2.063.621	$ 42.063.408	$ 41.070.021	$ 993.387

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SUS SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO EN INGENIERIA AMBIENTAL DESARROLLANDO ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO OREINTE E.S.E

Relación de actividades para el period **Desde:** 2021-05-01 **Hasta:** 2021-05-03

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCION 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	Desarrollar acciones en el entorno hogar - institucional de acuerdo a los lineamientos establecidos en los meses de Marzo - Junio acorde a la contingencia del COVID - 19 de la Secretaría de Salud y cumplir con los direccionamientos dados por la supervisora del contrato	Soportes en carpetas de gestión documental, diligenciamiento de formatos de lectura de lineamientos y fichas técnicas
2	Apoyar las prestaciones de servicios en el PIC presentando la informacion y "o" soporte que soliciten y que corresponden al objeto o actividades contractuales y de acuerdo al anexo y lineamientos contenidos en el contrato suscrito con el fondo financiero distrital	Realiza seguimiento y monitoreo a las IPM con jurisdicción de la subred Centro Oriente y Diligenciar las bases de datos destinadas para la consolidación de la información obtenida. Desarrollar en los seguimientos telefónicos acciones de Promoción y prevención en Salud, salud ambiental y saneamiento con el fin de garantizar las condiciones propicias para el cuidado y protección de la población institucionalizada. A su vez, fomentar medidas de prevención, control y mitigación del contagio, y prestar sus servicios para atender situaciones que se generen en el marco de la contingencia. Realizar recomendaciones en materia sanitaria con el fin de fomentar buenas prácricas que conduzcan al cuidado en salud integral del adulto mayor. Realizar el proceso de canalización en adultos mayores que requieran atención en salud. Apoyo a contingencias que se presenten en IPM y presenciar y apoyar las asistencias téncnicas de la SDS.	Soporte en medio magnético: Tablero de control IPM, base de Seguimiento IPM, tablero control factura IPM, seguimiento no presencial tel virtual, base de canalización, formato excel de canalización
3	Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar contenidos en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato	Diligenciamiento del cronograma mensual en el que se consignan las actividades programadas acordes con el lineamiento	Soporte en medio magnético: Plan Operativo 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 estandares de habitacion y acreditacion de servicios de salud	Apoyar las actividades que se programen o emerjan en la constingencia del COVID-19 que estén relacioandas con el objeto del contrato.Seguimiento telefónico y diligenciamiento de los formatos correspondientes siguiendo los estándares de calidad que demanda la Subred y que están definidos en el lineamiento.	Soporte en medio magnético: Tablero de control IPM, base de Seguimiento IPM, tablero control factura IPM, seguimiento no presencial tel virtual, base de canalización, formato excel de canalización
5	Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal	Realizar seguimiento presencial en IPM según lineamientos emitidos por pate de SDS, cuando: la información telefónica obtenida no sea veraz, cuando no se posible contactar telefónicamente al IPM, cuando en el seguimiento se identifiquen falencias en la adopción de recomendaciones, cuando en el establecimiento existan pacientes con COVID-19 positivo, cuando se identifique negligencia y/o violencia. Cuando se identifique una IPM nueva para realizar acercamiento y valoración del riesgo.	Soportes en carpetas de gestión documental, formato de caracterización a IPM Actas de visita y hallazgos, formatos de sesiones colectivas
6			

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

Manuel Castillo
Firma del Contratista

C.C. 1.015.459.376 **de** BOGOTA

FIRMA DEL LIDER O PROFESIONAL QUE VERIFICA LAS ACTIVIDADES	
NOMBRE:	EDWIN ANDRES CHAPARRO PINEDA CC 80250710
CARGO:	LIDER OPERATIVO ENTORNO INSTITUCIONAL-IPM
FIRMA	Edwin Chaparro.
VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS CC 52933672
CARGO:	REFERENTE ENTORNO HOGAR-INSTITUCIONAL
FIRMA	Laydi Viviana Martinez

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1015459376	MANUEL ALFONSO CASTILLO GONZALEZ		calle 19B#81B-30	6942113	mcastillo130196@gmail.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)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2021-04	2021-04	I		50468888	$503.700

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	203.500	0		0		0	0	0	0	203.500	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	260.500	0	0	0	0	0	0		260.500	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		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
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	39.700				39.700	0	0	39.700			397	39.700	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
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	203.500	203.500
Pensión	1	260.500	260.500
Riesgos Laborales	1	39.700	39.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	503.700	503.700

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1015459376	MANUEL ALFONSO CASTILLO GONZALEZ		calle 19B#81B-30	6942113	mcastillo130196@gmail.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)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2021-04	2021-04	I		50468888	$503.700	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Extranjero	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1015459376	CASTILLO GONZALEZ MANUEL ALFONSO	57	0			N								X								230301	1.627.561	260.500	0	0	0	0	EPS005	1.627.561	203.500	14-11	1.627.561	3	39.700		0	0	0	0	0	0	0	0

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Banco de Bogotá

Compras y Pagos Virtuales

Datos de Confirmación de su compra o pago realizado

"Su transacción ha sido exitosa."
Esta transacción será sujeta a verificación

Este pago se realizó en: 00:00:54 seg

Número de Autorización:	333202
Pagado Desde:	Cuenta de ahorros ******6754
Valor Pagado:	$503,700.00
Pagado a:	COMPENSAR-OI
Nit del Comercio:	9998600669427
Número de Factura:	50468888
Número Único de Compra (CUS):	981504880
Fecha y Hora de Pago:	jueves, 06 de mayo de 2021, 3:13 PM
Dirección IP:	186.80.52.114

SOPORTE DE CARGUE DE CUENTA EN SECOP PS 4214 2020

