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 7187-2021 | **C.D.P. No.:** | 2881 | **Proceso al que pertenece:** | GESTION INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD |
| | | | | **Unidad a la que pertenece:** | CONVENIO - CO1.PCCNTR. 2667785/2021 |
| **Nombre del Contratista:** | SHIRLEY JOHANA RONCANCIO VACA | | | **C.C.** 53.048.231 | **de:** BOGOTA |
| **Fecha Inicio:** | 2021-10-06 | **Fecha Terminación incial:** | 2021-09-30 | **Valor Mensual:** $ 2.232.442 | **Valor a cobrar:** $ 2.232.442 |

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | $ 4.464.884 | 3073 | 2021-10-01 | 2021-11-30 |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |

| N° CTA | MES DE CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR | VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL | NÚMERO DE PLANILLA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | SEPTIEMBRE | $ 1.860.368 | $ 0 | |
| 2 | OCTUBRE | $ 2.009.198 | $ 281.200 | 9425669050 |
| 3 | NOVIEMBRE | $ 2.232.442 | $ 281.200 | 9426153982 |

| Resumen de contrato | VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|---|
| | **$ 2.158.027** | **$ 6.622.911** | **$ 6.102.008** | **$ 520.903** |

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

**OBJETO DEL CONTRATO**

PRESTAR SERVICIOS COMO TÉCNICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E COI.PCCNTR. 2667785

**Relación de actividades para el periodo:** **Desde:** 2021-11-01 **Hasta:** 2021-11-30

| | OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta) | DESCRIPCION DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 1 | Apoyar en la adecuada implementación de los protocolos institucionales para el manejo, la prevención, contención y mitigación de la pandemia por COVID-19. | Se socializa la importancia del uso de elementos de protección personal para el desarrollo diario de las actividades programadas en las jornadas académicas. | * Formato excel programación semanal<br>* Formulario google de reporte diario |
| 2 | Diligenciar el instrumento de registro de condiciones al ingreso de los estudiantes, docentes y administrativos de la IED asignada, de acuerdo con el lineamiento del MEN, la SED y respectivo protocolo institucional. | Durante la vigencia a reportar, se realiza esta actividad en específico. se da cumplimiento de manera diaria como parte de protocolo de atención requerido. | * Formato excel programación semanal<br>* Formulario google de reporte diario |
| 3 | Efectuar bajo la directriz de la LED asignada, el reporte de casos COVIDI9 en la IED, en el formulario alojado en página institucional de la SED | Se da cumplimiento por medio del registro y control de los reportes según el formulario correspondiente según sea requerido. | * Formato reporte pagina sed<br>* Formulario google de reporte diario |
| 4 | Aplicar de manera inmediata el protocolo de la IED manejo inicial a presuntos casos COVID 19 y activar ruta de atención. | Durante la vigencia a reportar, no se realiza esta actividad en específico. se dará cumplimiento cuando así se requiera según el protocolo establecido | * Formato excel programación semanal<br>* Formulario google de reporte diario |
| 5 | Adelantar acciones pedagógicas con la comunidad educativa (estudiantes, docentes y personal administrativa) para la prevención del contagio por COVID 19 en las sedes de la IED asignada, durante las fechas y horas acordadas previamente con el (la) rector (a) del colegio. | Se da cumplimiento por medio de sensibilización informativa a traves de talleres, charlas, exposiciones, actividades fisicas y actividades lúdicas, con el personal docente y el cuerpo del estudiantado en las fechas acordadas con la dirección del colegio asignado. | * Formato excel programación semanal<br>* Formulario google de reporte diario |
| 6 | Adelantar acciones pedagógicas para la promoción en estilos de vida saludable para mitigación de contagio por COVID 19, en las sedes de la IED asignada, durante las fechas y horas acordadas previamente con el (la) rector (a) del colegio. | Durante la vigencia a reportar, se realiza esta actiiadad en específico por medio de la elaboración y aprobación del plan de trabajo con enfoque pedagógico relacionado con la promoción de vida saludable por parte de la rectoria del colegio asignado. | * Formato excel programación semanal<br>* Formulario google de reporte diario |
| 7 | Participar en los procesos de capacitación que efectúe la SED y la SDS para facilitar el desarrollo de sus actividades en la IED asignada y sus respectivas sedes. | Durante la vigencia a reportar, se participa en capacitación inductoria para el cumplimiento y desarrollo efectivo de las actividades asignadas en la ied. | * Formato de actas de reunión / capacitación |
| 8 | Asistir y participar en las reuniones del comité institucional de contingencia por COVID 19 en el marco de la Reapertura Gradual. Progresiva y Segura (RGPS). | Durante la vigencia a reportar, no se realiza esta actiiadad en específico. se dará cumplimiento cuando así se requiera por parte de la subred integrada de servicios de salud centro oriente ese y la ied lo requiera | * Formato de actas de reunión<br>* Formulario google de reporte diario |
| 9 | Apoyar al Comité Paritario de Salud y Seguridad en el Trabajo – COPASST y a la brigada escolar. Institucional en la actualización de los Planes Escolares de Gestión del Riesgo, donde se incluye el procedimiento operativo normalizado por COVID-19. | Se dará cumplimiento mediante la participación activa en el comité y en la brigada escolar del colegio asignado según la operatividad requerida. | * Formato excel programación semanal<br>* Formulario google de reporte diario |
| 10 | Presentar informes mensuales de las actividades desarrolladas en el marco del objeto contractual. | Se da cumplimiento mediante la entrega de los informes de cumplimiento de objetivos de manera mensual y conforma a los lineamientos establecidos. | * Formato excel programación semanal<br>* Formulario google de reporte diario<br>* Fotos evidencias |
| 11 | Seguir los protocolos establecidos por el Ministerio de Salud y de Protección Social, así como de las autoridades competentes para el manejo, la prevención, contención y mitigación de la pandemia por COVID-19. así como consultar y poner en práctica los protocolos establecidos por la Entidad en la prevención del COVID-19. CONVENIO CO1.PCCNTR. 2667785. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato | Se da cumplimiento mediante el seguimiento y supervisión del manejo de los protocolos establecidos para el manejo de la pandemia por covid -19. se consultan y se ponen en práctica dichos protocolos establecidos. | * Formulario google de reporte diario |

**Observaciones: Creacion de base para retroalimentacion por parte de ambulatorios**

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

Shirley Roncancio
**Firma del Contratista**

**C.C.** 53.048.231 **de** BOGOTA

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS | |
|---|---|
| NOMBRE: | LORENZA BECERRA CAMARGO |
| CARGO: | DIRECTORA GESTION INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD |
| FIRMA | |

| VISTO BUENO LIDER DE CONTRATOS | |
|---|---|
| NOMBRE: | LUISA FERNANDA HERNANDEZ PLAZAS |
| CARGO: | LIDER CONVENIO / CO1.PCCNTR. 2667785 |
| FIRMA | |

**Cuenta de cobro 003 - 2021**

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

**Nit. 900.959.051-7**

**DEBE A:**
**SHIRLEY JOHANA RONCANCIO VACA**
C.C. 53048231 de BOGOTA

**LA SUMA DE:**

**Dos millones doscientos treinta y dos mil cuatrocientos cuarenta y dos pesos moneda corriente ($2.232.442.)**

Por concepto de:

- Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No. PS 7187 2021 correspondiente del 1 al 30 de noviembre de 2021.

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS COMO TÉCNICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO CO1.PCCNTR.2667785/2021 EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E..

**Cordialmente,**

Shirley Roncancio

SHIRLEY JOHANA RONCANCIO VACA
C.C. 53048231 de Bogotá
Teléfono: 3107546525
No. Cuenta912-083103-51 Ahorros BANCOLOMBIA

Fecha: 30 de noviembre de 2021

en línea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 53048231 | | RONCANCIO VACA SHIRLEY JOHANA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | Cll 46B # 11C - 58 este | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 5555555 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2021-10 | 2021-10 | 64607919 | 9426153982 | I | 2021/11/09 | 2021/11/05 | BANCO DE OCCIDENTE | 0 | $281,200 |

**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)** | | | | | $908,526 | $145,400 | | | $908,526 | $113,600 | | | $0 | $0 | | | $908,526 | $22,200 | | $0 | $0 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)** | | | | | $908,526 | $145,400 | | | $908,526 | $113,600 | | | $0 | $0 | | | $908,526 | $22,200 | | $0 | $0 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados) | | | | | $908,526 | $145,400 | | | $908,526 | $113,600 | | | $0 | $0 | | | $908,526 | $22,200 | | $0 | $0 |
| 1 | CC | 53048231 RONCANCIO SHIRLEY | 230301 | 30 | $908,526 | $145,400 | EPS002 | 30 | $908,526 | $113,600 | | 0 | $0 | $0 | 14-11 | 30 | $908,526 | $22,200 | 0 | $0 | $0 |
| **Total** | **Afiliados( 1)** | | | | $908,526 | $145,400 | | | $908,526 | $113,600 | | | $0 | $0 | | | $908,526 | $22,200 | | $0 | $0 |

en línea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 53048231 | | RONCANCIO VACA SHIRLEY JOHANA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | Cll 46B # 11C - 58 este | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 5555555 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2021-10 | 2021-10 | 64607919 | 9426153982 | I | 2021/11/09 | 2021/11/05 | BANCO DE OCCIDENTE | 0 | $281,200 |

**RESUMEN DE PAGO**

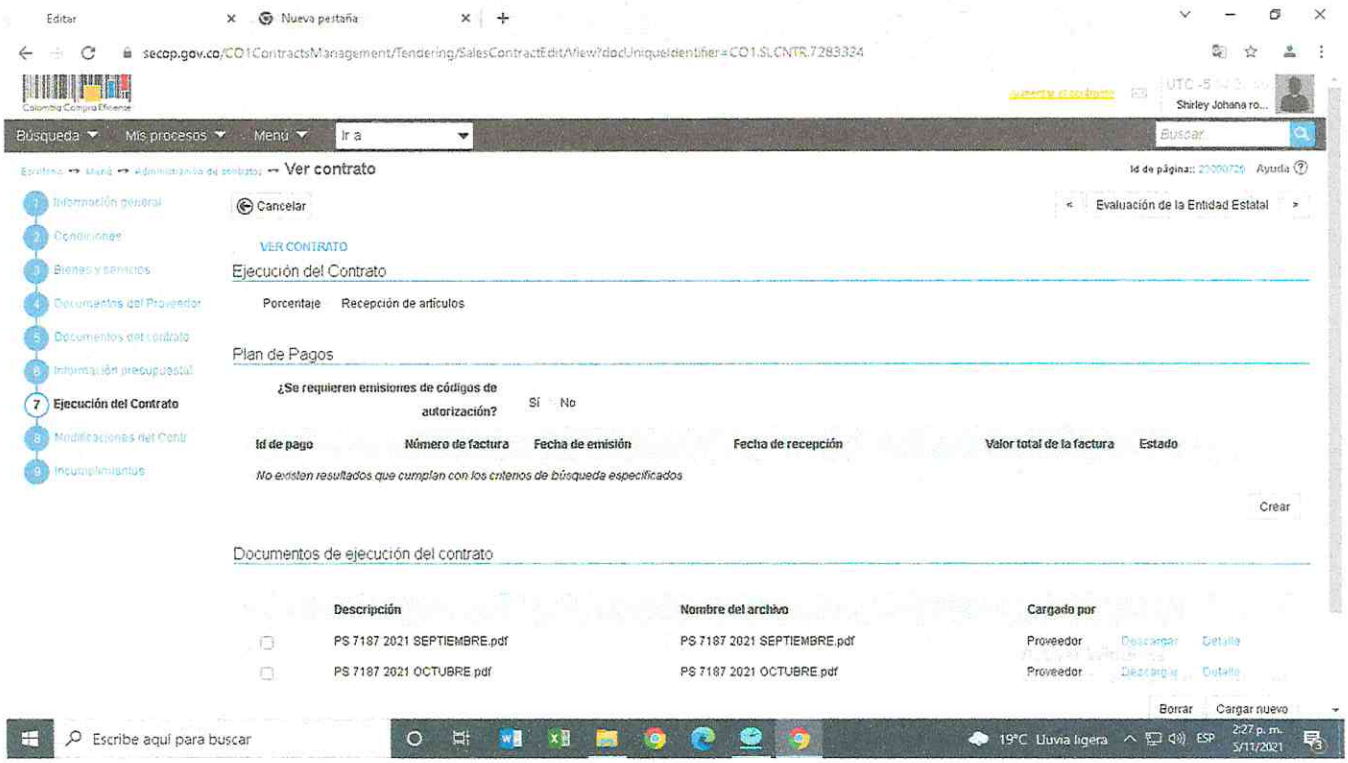
| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $145,400 | $0 | $0 | $145,400 |
| PORVENIR | 230301 | 800,224,808 | 8 | 1 | $145,400 | $0 | $0 | $145,400 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $22,200 | $0 | $0 | $22,200 |
| ARL SURA | 14-11 | 890,903,790 | 5 | 1 | $22,200 | $0 | $0 | $22,200 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $113,600 | $0 | $0 | $113,600 |
| SALUD TOTAL | EPS002 | 800,130,907 | 4 | 1 | $113,600 | $0 | $0 | $113,600 |
| TOTAL | | | | 1 | $281,200 | $0 | $0 | $281,200 |



2021/11/05 09:38 AM

NOV 04 2021 15:36:41 REMICT 9.36
SURTIMAYORISTA SAN BLA
CR 3 20A-19 SUR ESTE
CORRESPONSAL
BANCO AV VILLAS
C.UNICO: 0016419467 TER: 14ZZZ230
C.BANC: 0052
ID CAJERO: 0001284876
RECIBO: 001844 RRN: 002340
RECAUDO APRO: 044842
SERVICIO: 1506
FACTURA: 0000000000000009426153982
** PAGO FACTURA **
TRANSACCION EXITOSA
RECAUDO ... $ 281.200

BANCO AV VILLAS es responsable por los servicios prestados por el CB. El CB no puede prestar servicios financieros por su cuenta.
Para reclamos comuniquese al:
01 8000518000
CONSERVE ESTA TIRILLA COMO SOPORTE.
FECHA PLANILLA: 2021/10
VALOR PLANILLA: $ 281.200
VALOR COMISION: $ 0
VALOR IVA: $ 0
PAGO APLICADO EN MM/DD: 11/05
*** CLIENTE ***


Editar
Nueva pestaña
secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/SalesContractEdit/View?docUniqueIdentifier=CO1.SLCNTR.7283324
Shirley Johana ro...
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar
Ver contrato
Id de página: 20000720
Ayuda
1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contr
9 Incumplimientos
Cancelar
Evaluación de la Entidad Estatal
VER CONTRATO
Ejecución del Contrato
Porcentaje
Recepción de artículos
Plan de Pagos
¿Se requieren emisiones de códigos de autorización?
Sí
No
Id de pago
Número de factura
Fecha de emisión
Fecha de recepción
Valor total de la factura
Estado
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados
Crear
Documentos de ejecución del contrato
Descripción
Nombre del archivo
Cargado por
PS 7187 2021 SEPTIEMBRE.pdf
PS 7187 2021 SEPTIEMBRE.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
PS 7187 2021 OCTUBRE.pdf
PS 7187 2021 OCTUBRE.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
Borrar
Cargar nuevo
Escribe aquí para buscar
19°C Lluvia ligera
ESP
2:27 p. m.
5/11/2021