PS 5333 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 – GESTION DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CODIGO: AP-IA-FT-014
VERSION: 03
FECHA: 2020-05-04

## 1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. CONTRATO - OPS:** | PS 5333 2021 | **C.D.P. No :** | 1230 | **Proceso al que pertenece:** | PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC |
| | | | | **Unidad a la que pertenece:** | SALUD PUBLICA |
| **Nombre del Contratista:** | DIANA CAROLINA LOMBANA FLOREZ | | | **C.C.** | 1.010.175.486 **de:** BOGOTA |
| **Fecha Inicio:** | 2021-05-04 | **Fecha Terminación Incial:** | 2021-06-03 | **Valor Mensual:** | $ 1.674.216 **Valor a cobrar:** $ 1.674.216 |

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | $ 1.524.434 | 1535 | 2021-06-04 | 2021-06-30 |
| 2 | $ 1.683.315 | 2111 | 2021-07-01 | 2021-07-31 |
| 3 | $ 1.674.216 | 2401 | 2021-08-01 | 2021-08-31 |
| 4 | $ 3.348.432 | 2670 | 2021-09-01 | 2021-10-31 |
| 5 | $ 2.511.324 | 3536 | 2021-11-01 | 2021-12-15 |
| 6 | | | | |
| 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 | NUMERO DE PLANILLA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | MAYO | $ 1.510.434 | $ 281.200 | 1037660800 |
| 2 | JUNIO | $ 1.674.216 | $ 299.400 | 50775943 |
| 3 | JULIO | $ 1.674.216 | $ 299.400 | 51464353 |
| 4 | AGOSTO | $ 1.674.216 | $ 299.400 | 52129659 |
| 5 | SEPTIEMBRE | $ 1.674.216 | $ 299.400 | 52807849 |
| 6 | OCTUBRE | $ 1.674.216 | $ 299.400 | 53500200 |
| 7 | NOVIEMBRE | $ 1.674.216 | $ 299.400 | 54168792 |
| 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 |
|---|---|---|---|---|
| | $ 1.674.216 | $ 12.415.937 | $ 11.555.730 | $ 860.207 |

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

**OBJETO DEL CONTRATO**

PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO DE APOYO A LA GESTION PARA DESARROLLAR 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:** 2021-11-01 **Hasta:** 2021-11-30

| | OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta) | DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 1 | Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades del Plan de Intervenciones Colectivas en el Distrito Capital. | Realizar las actividades descritas en el lineamiento vigente del Plan de Intervenciones Colectivas en el Distrito Capital según el convenio con la Subred Centro Oriente. | Producto en fisico |
| 2 | Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar | Entregar los SIS 150, fichas de seguimiento a la cohorte, modulo de seguimiento a la cohorte, cronograma y seguimiento diario, con todas las variables diligenciadas correctamente. Cumplir con la busqueda activa y vacunación de la población objeto del programa. | Producto en fisico y en magnético |
| 3 | Apoyar la prestación de servicios en el Plan de Intervenciones Colectivas, presentando la información y/o soportes que soliciten y que corresponda a las actividades, metas y productos conforme a los anexos y lineamientos técnicos que hagan parte de la relación contractual entre la subred con el Fondo Financiero | Realizar actividades programadas en el cronograma mensual y realizar las observaciones pertinentes frente a las actividades que se realizaron y que no estaban plasmadas dentro del cronograma mensual. | Producto en fisico 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 estandares de habilitación y acreditación de servicios de salud. | Cumplir con el protocolo y los procesos de vacunación segura con el fin de mantener y mejorar la calidad del servicio de vacunación. | Producto en fisico y en magnético |
| 5 | Realizar apropiación conceptual desde su perfil técnico y conforme a los anexos y lineamientos técnicos que hagan parte de la relación contraactual entre la subred con el Fondo Financiero-SDS. | Leer y realizar apropiación conceptual según el Manual técnico Administrativo del PAI, las circulares y lineamientos vigentes del PAI. | Producto en fisico y en magnético |
| 6 | Digitar la informacion suministrada por los equipos territoriales y de las diferentes intervenciones de salud publica cumpliendo con la calidad de datos (integridad, oportunidad, consistencias, exactitud) | Digitar la informacion suministrada por los equipos extramurales, teniendo en cuenta la calidad del dato. | Producto en magnetico |
| 7 | Realizar revision de las fichas, formatos, documentos, bases o informes generados por las acciones o intervenciones de los equipos territoriales, garantizando la calidad del registro y conforme a los anexos y lineamientos tecnicos que hagan parte de la relacion contractual entre la subred y el fondo financiero-SDS | Revisar continuamente las bases, formatos y documentos con el fin de garantizar la calidad del registro digitado | Producto en fisico y en magnético |
| 8 | Responder oportunamente por la informacion requerida por las diferentes intervenciones de salud publica y la SDS | Responder oportunamente con la informacion digitada. | Producto en fisico |
| 9 | Realizar el alistamiento y presentación de los soportes para las auditorías externas que se generen durante y después de la ejecución de las actividades del Plan de Intervenciones Colectivas. | Realizar el alistamiento de los SIS 150 que cumplan la calidad del dato, actualizar el cronograma y realizar el seguimiento diario. | Producto en fisico |
| 10 | Responder por la calidad, oportunidad y cumplimiento de las actividades asignadas. | Desarrollar las actividades diarias asignadas del servicio de vacunación con calidad, oportunidad, garantizando la custodia y cadena de frio de los inmunobiologicos para las actividades diarias. | Producto en fisico - magnético |
| 11 | Participar en las reuniones y eventosa los cuales sea asignado por la Subred y presentar los informes que le sean requeridos. | Participar en el comité extramural, reuniones del equipo extramural, seguimientos a EPV, asi mismo reportar la productividad, novedades y demas información que se requiera. | Producto en magnético |
| 12 | Responder por el achivo de la documentación generada, en el cumplimiento de sus acciones, de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental. | Responder por los archivos de los documentos SIS 150, Hojas de temperatura, cronogramas, disentimientos, consentimientos informados, estrategia de información, educación y comunicación. | Producto en fisico - magnético |
| 13 | Realizar las demás obligaciones asignadas por el supervisor del contrato. | Realizar las demas obligaciones asignadas por el supervisor del contrato. | Producto en fisico - magnético |
| 14 | Las actividades podrán ser desarrolladas en cualquiera de los Espacios y/o Procesos Transversales de acuerdo a los lineamientos del Contrato PSPIC vigente y necesidades de los servicios de la Subred Contenidas en el formato de necesidad del personal que hace parte integral del presente contrato. | Desarrollar actividades según necesidad de la Subred, en cualquiera de los espacios o procesos transversales de acuerdo a los lineamientos del contrato PSPIC. | Producto en fisico - 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

DIANA CAROLINA
Firma del Contratista

C.C. 1.010.175.486 de BOGOTA

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS | |
|---|---|
| NOMBRE: | LUZ CONSUELO PINEDA DUEÑEZ |
| CARGO: | PROFESIONAL ESPECIALIZADO 3 |
| FIRMA | Consuelo Pineda |

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS | |
|---|---|
| NOMBRE: | LUZ ADRIANA CASTAÑEDA |
| CARGO: | REFERENTE DE GESTION PROGRAMAS Y ACCIONES |
| FIRMA | |

PS 5333 2021

**Cuenta de cobro 007 - 2021**

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

**Nit. 900.959.051-7**

**DEBE A:**

**DIANA CAROLINA LOMBANA FLOREZ**
C.C. 1010175486 BOGOTÁ D.C

**LA SUMA DE:**

**Un millón seiscientos setenta y cuatro mil doscientos dieciséis pesos m/cte. ($ 1.674.216)**

Por concepto de:

- Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No **PS5333 de 2021** correspondiente al mes 1 al 30 de NOVIEMBRE de 2021.

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO DE APOYO A LA GESTION PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

**Cordialmente,**

CAROLINA LOMBANA

**DIANA CAROLINA LOMBANA FLOREZ**
C.C1010175486
Teléfono: 3202360163 Dirección: CL 45 F SUR 3 G ESTE 58
No Cuenta **055000840072432 7** ahorro Davivienda

Fecha: 30/ NOVIEMBRE /2021

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 | 1010175486 | DIANA CAROLINA LOMBANA FLOREZ | CRA 1 D 41 36 | 7031293 | dcarolinalf@outlook.es | |
| 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 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | 1 | 0 |
| | | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2021-10 | 2021-10 | I | 02/11/2021 | 54168792 | $299.400 | |

## 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 | | | | | |
| EPS008 | Compensar EPS | 860066942-7 | 113.600 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 113.600 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 231001 | Colfondos | 800227940-6 | 145.400 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 145.400 | 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 | | | | | | | | | | |
| 14-7 | Seguros Bolivar S.A. | 860002503-2 | 22.200 | | | | 22.200 | 0 | 0 | 22.200 | | | 222 | 22.200 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CCF24 | Compensar Caja | 860066942-7 | 18.200 | 0 | 0 | 18.200 | 1 |

**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 | 113.600 | 113.600 |
| Pensión | 1 | 145.400 | 145.400 |
| Riesgos Laborales | 1 | 22.200 | 22.200 |
| CCF | 1 | 18.200 | 18.200 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 4 | 299.400 | 299.400 |

PAGADA

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

CAROLINA

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO |
| CC | 1010175486 | DIANA CAROLINA LOMBANA FLOREZ | | CRA 1 D 41 36 | 7031293 | dcarolinalf@outlook.es |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | |
| ÚNICA | I – Independiente | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | |

| EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
|---|
| 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 |
| 2021-10 | 2021-10 | I | 02/11/2021 | 54168792 | $299.400 |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colom. ctrlio | Estudiante | 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 |
| CC | 1010175486 | LOMBANA FLOREZ DIANA CAROLINA | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 231001 | 908.526 | 148.400 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS008 | 908.526 | 113.600 | 14-7 | 908.526 | 3 | 22.200 | CCF24 | 908.526 | 18.200 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

CAROLINA

PS S333 2021




# ¡Hola, Diana Carolina lombana florez

**Gracias por utilizar los servicios de BANCO DAVIVIENDA y PSE. los siguientes son los datos de tu transacción:**

Estado de la Transacción: Aprobada
CUS: 11861171870
Empresa: COMPENSAR-OI
Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
Valor de la Transacción: $ 299.400
Fecha de Transacción: 31/10/2021

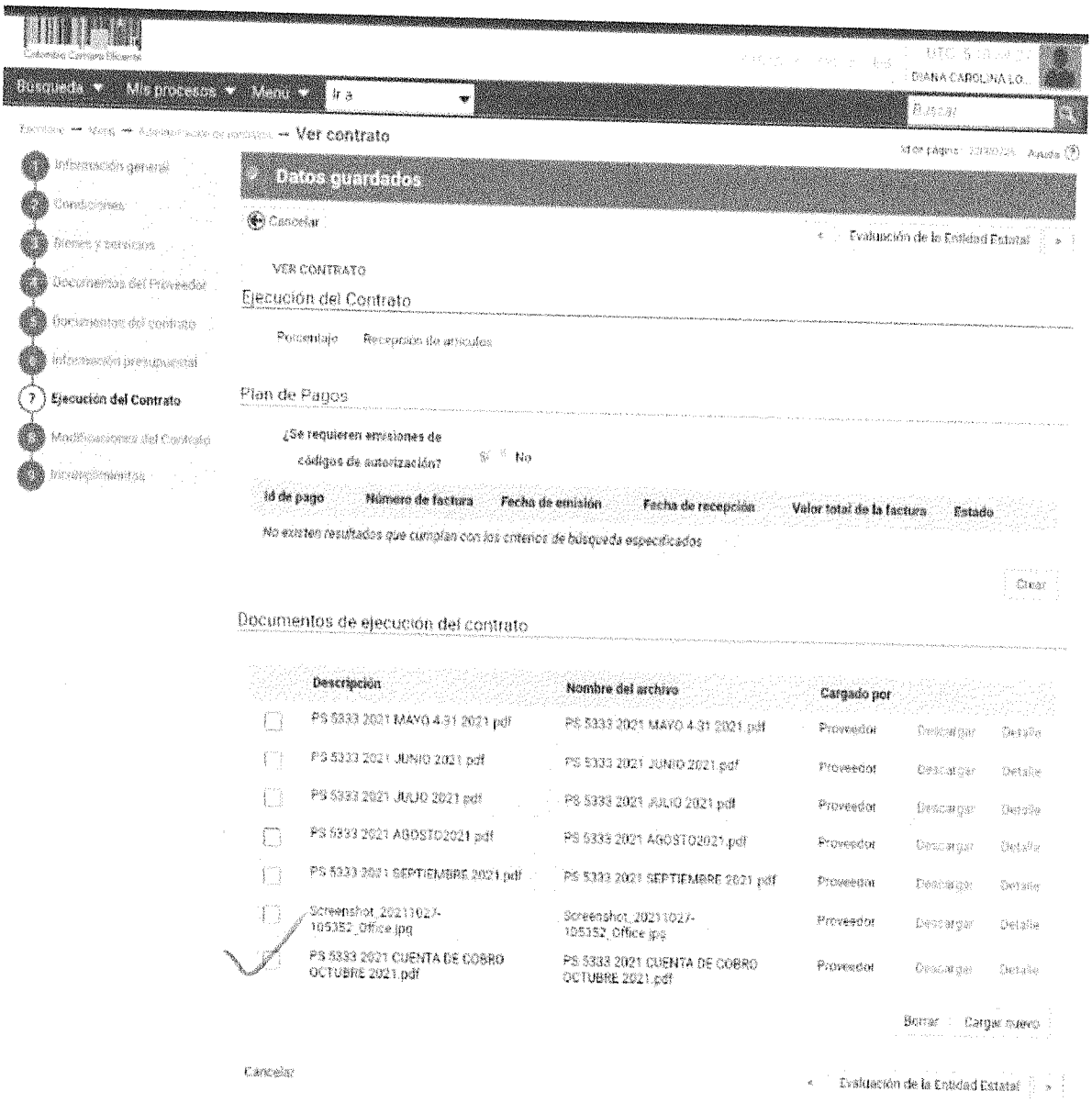
## Ten en cuenta estos tips de seguridad

- Digita siempre manualmente la dirección del portal de tu Banco para asegurar que no estas siendo redirigido a un sitio que suplanta a tu Entidad Financiera.
- Utiliza dispositivos de uso personal o confiable para realizar tus pagos.

ARCHIVO

PS 5333 2021

DIANA CAROLINA LOMBANA
PS 5333 -2021




ADJUNTA