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-1A-FT-014
VERSIÓN: 02
FECHA: 2020-05-04

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 4036 2021	C.D.P. No.:	581
Proceso al que pertenece:	DIRECCION GESTION INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD		
Unidad a la que pertenece:	DIRECCION GESTION INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD-PAI COVID 19		
Nombre del Contratista:	INGRID DAIHANNA GODOY PERILLA	C.C.	1.013.603.767 de BOGOTA
Fecha Inicio:	2021-02-19	Fecha Terminación incial:	2021-03-31
Valor Mensual:	$ 2.064.000	Valor a cobrar:	$ 2.064.000

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 2.408.000	788	2021-04-01	2021-04-30
2	$ 3.526.000	1178	2021-05-01	2021-06-15
3	$ 4.644.000	1739	2021-06-16	2021-08-15
4	$ 2.064.000	2383	2021-08-16	2021-09-15
5	$ 1.032.000	2828	2021-09-16	2021-09-30
6	$ 576.200	3054	2021-10-01	2021-10-15
7	$ 576.200	3285	2021-10-16	2021-10-31
8	$ 258.000	3427	2021-10-16	2021-10-31
9	$ 2.322.000	3456	2021-11-01	2021-11-30

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	FEBRERO	$ 550.400		
2	MARZO	$ 2.064.000	$ 299.400	49271585
3	MARZO	$ 137.600		
4	ABRIL	$ 2.064.000	$ 299.400	49892305
5	MAYO	$ 2.064.000	$ 299.400	50433716
6	JUNIO	$ 2.064.000	$ 299.400	51156239
7	JUNIO	$ 120.400		
8	JULIO	$ 2.064.000	$ 299.400	51857317
9	AGOSTO	$ 2.064.000	$ 299.400	52583512
10	AGOSTO	$ 167.700	$ 299.400	52583512
11	SEPTIEMBRE	$ 2.064.000	$ 299.400	53298592
12	SEPTIEMBRE	$ 90.000	$ 299.400	53298592
13	OCTUBRE	$ 2.064.000	$ 299.400	53947783
14	OCTUBRE	$ 258.000	$ 299.400	53947783
15	NOVIEMBRE	$ 2.064.000	$ 299.400	54423120

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 2.752.000	$ 20.158.400	$ 19.900.100	$ 258.300

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS DE ACUERDO A SU PERFIL ACADEMICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES (DE SU PROFESIÓN), CON DISPONIBILIDAD EN CUMPLIMIENTO DE LA MISION Y LA VISIÓN 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	1. Utilizar las medidas y elementos de protección personal. 2. Realizar el alistamiento de los biológicos, insumos y elementos, para el proceso de vacunación diaria.	Dar buen uso a los EPP, alistamiento diario de biologico.	Formatos y firmas de movimiento de biologico
2	3. Explicar el proceso de aplicación del biológico al usuario y dar recomendaciones en los cuidados post vacúnales. 4. Realizar la aplicación del biológico cumpliendo los lineamientos de vacunación segura	Cumplir con los lineamientos del ministerio	Cosentimiento informado y firmado por el vacunador
3	5. Reiterar al usuario su permanencia en la sala de espera el tiempo que se le indique según el biológico. 6. Realizar monitoreo de temperatura de los biológicos.	Actividades diarias en jornada con el fin de cumplir con los protolos y lineamientos descritos para la vacunacion de COVID 19	Carpeta de jornada
4	7. Mantener el movimiento de biológico actualizado. 8. Cumplir con el cronograma de limpieza y desinfección de las neveras, termos, cavas entre otros. 9. En la segunda dosis de vacuna (si aplica), indagar al usuario si presentó algún ESAVI. Si cumple con criterios de ESAVI-grave notificar según el Protocolo Nacional de ESAVI-298 del INS	Actividades diarias en jornada con el fin de cumplir con los protolos y lineamientos descritos para la vacunacion de COVID 19	Carpeta de jornada

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

Daihana Godoy.
Firma del Contratista

C.C. 1.013.603.767 **de** BOGOTA

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

Cuenta de cobro 015- 2021

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

Nit. 900.959.051-7

DEBE A:

Ingrid Daihanna Godoy perilla
C.C. 1013603767 de Bogotá

LA SUMA DE:

Dos millones sesenta y cuatro mil pesos ($ 2,064,000)

Por concepto de:

- Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No PS 4036 de 2021 correspondiente del 1 al 30 de noviembre de 2021

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS DE ACUERDO A SU PERFIL ACADÉMICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES (DE SU PROFESIÓN), CON DISPONIBILIDAD EN CUMPLIMIENTO DE LA MISIÓN Y LA VISIÓN DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Cordialmente,

Daihana Godoy

Ingrid daihanna Godoy perilla
C.C. 1013603767
Teléfono: 3218787047 - 3226139190
No Cuenta 008870509406 ahorros 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	1013603767	INGRID DAIHANNA GODOY PERILLA		cra 26 b No 32 - 20 sur	6557283	dayis.godoy1226@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	
2021-10	2021-10	I	03/11/2021	54423120	$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
230301	Porvenir	800224808-8	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	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

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	1013603767	INGRID DAIHANNA GODOY PERILLA		cra 26 b No 32 - 20 sur	6557283	dayis.godoy1226@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	
2021-10	2021-10	I	03/11/2021	54423120	$299.400	

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Solidario	Extranjero	Cobro exterior	Estudiante	INGS	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	1013603767	GODOY PERILLA INGRID DAIHANNA	59	0			N																	230301	908.526	145.400	0	0	0	0	EPS008	908.526	113.600	14-23	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

DAVIVIENDA

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS
1189479976

Destino de pago
COMPENSAR-OI

Motivo
MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Fecha
03/11/2021

Número de aprobación
00479976

Dirección IP
191.156.181.128

Valor transacción
$ 299.400,00

Referencia 1	Referencia 2	Referencia 3
191.156.189.20	CC	1013603767

VIGILADO Banco Davivienda S.A. Todos los derechos reservados 2017.

DAVIVIENDA

INGRID DAIHANNA GODOY PERILLA CC 1013603767 PS_ 4036 2021

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	PS 4036 2021-escanner febrero.pdf	PS 4036 2021-escanner febrero.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 4036 2021-escanner marzo.pdf	PS 4036 2021-escanner marzo.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 4036 2021 MAYO.pdf	PS 4036 2021 MAYO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS4036 2021 junio.pdf	PS4036 2021 junio.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 4036 2021 JULIO DAIHANNA.pdf	PS 4036 2021 JULIO DAIHANNA.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 4036 2021 JUNIO EXT.pdf	PS 4036 2021 JUNIO EXT.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 4036 2021 AGOSTO.pdf	PS 4036 2021 AGOSTO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 4036 2021 SEPTIEMBRE.pdf	PS 4036 2021 SEPTIEMBRE.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 4036 2021 SEPTIEMBRE EXT.pdf	PS 4036 2021 SEPTIEMBRE EXT.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 4036 2021 OCTUBRE.pdf	PS 4036 2021 OCTUBRE.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Documentos de ejecución del contrato

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >