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 CONTRATACION
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 03
FECHA: 2021-12-27

## 1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| No. CONTRATO - OPS: | PS 4410 2023 | C.D.P. No.: | 626 | Proceso que pertenece: | GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD |
| | | | | Servicio al que pertenece: | PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PSPIC |
| | | | | Unidad a la que pertenece: | PRIMERA DE MAYO |
| Nombre del Contratista: | JOHANNA MARIA CASTRO ACEVEDO | | | C.C. 52.380.288 | de: Bogota |
| Fecha Inicio: | 2023-03-27 | Fecha Terminación Inicial: | 2023-04-26 | Valor Mensual: | $ 5.228.176 |
| | | | | Valor a cobrar: | $ 5.228.176 |

| ADICIÓN/ OTRO SI: | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | $ 6.280.582 | 1181 | 2023-04-27 | 2023-05-26 |
| 3 | $ 2.472.018 | | 2023-05-27 | 2023-06-10 |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |
| 14 | | | | |
| 15 | | | | |
| 16 | | | | |
| 17 | | | | |
| 18 | | | | |
| 19 | | | | |
| 20 | | | | |

| Nº CTA | MES DE CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR | VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL | NUMERO DE PLANILLA | FECHA DE PAGO PLANILLA |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 27-31 MARZO 2023 | $ 710.350 | $ 610.600 | 65908457 | 2023-03-01 |
| 2 | ABRIL 2023 | $ 5.228.176 | $ 610.800 | 66800502 | 2023-04-04 |
| 3 | MAYO 2023 | $ 5.228.176 | $ 647.300 | 67719594 | 2023-05-09 |
| 4 | | | | | |
| 5 | | | | | |
| 6 | | | | | |
| 7 | | | | | |
| 8 | | | | | |
| 9 | | | | | |
| 10 | | | | | |
| 11 | | | | | |
| 12 | | | | | |
| 13 | | | | | |
| 14 | | | | | |
| 15 | | | | | |
| 16 | | | | | |
| 17 | | | | | |
| 18 | | | | | |
| 19 | | | | | |

| Resumen de contrato | VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|---|
| | $ 4.886.120 | $ 13.638.720 | $ 11.166.702 | $ 2.472.018 |

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

**OBJETO DEL CONTRATO**

PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO TERAPEUTA RESPIRATORIA ESPECIALISTA EN EPIDEMIOLOGÍA 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: 2023-05-01 Hasta: 2023-05-31

| | OBLIGACIONES ESPECIFICAS (Las relacionadas en la minuta) | DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 1 | Prestar sus servicios con calidad y oportunidad, para el desarrollo de las actividades del Plan de Intervenciones Colectivas en el Distrito Capital según convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred | Desarrollo de actividades acorde a actividades definidas en el plan de accion definido para el mes correspondiente 2023 | Soporte actividades en la carpeta de auditoria de acuerdo con el pain de accion y envio al correo de la linea |
| 2 | Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar | Elaboracion del cronograma mensual con las actividades a desarrollar | Cronograma del mes |
| 3 | Apoyar la prestación de servicios en el Plan de Intervenciones Colectivas, presentando la información y/o soportes que se solicite conforme a los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred | Presentación de matrices, análisis y reportes actualizados de información Epidemiologica para la linea de aire, ruido y radiación electromagnética | Soporte actividades en la carpeta de auditoria de acuerdo con el pain de accion y envio al correo de la linea |
| 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. | Asistencia a reunion mensual linea ARREM | Acta de reunión |
| 5 | Realizar apropiación conceptual desde su perfil con los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. | Desarrollar los productos del mes de acuerdo al plan de acción y realizar envios periodicos al lidel de la linea ARREM | Soporte actividades en la carpeta de auditoria de acuedo con el pain de accion y envio al correo de la linea |
| 6 | Realizar y presentar la planeación, socialización y seguimiento del plan de acción del componente de salud ambiental. | Desarrollar los productos del mes de acuerdo al plan de acción y realizar envios periodicos al lidel de la linea ARREM | Soporte actividades en la carpeta de auditoria de acuedo con el pain de accion y envio al correo de la linea |
| 7 | Articular y coordinar las acciones para la identificación, monitoreo y control de los riesgos e impactos ambientales (ruido, calidad del aire, radiaciones no ionizantes) que afectan la seguridad y salud de la población. | Desarrollar los productos del mes de acuerdo al plan de acción y realizar envios periodicos al lidel de la linea ARREM | Soporte actividades en la carpeta de auditoria de acuedo con el pain de accion y envio al correo de la linea |
| 8 | Formular, validar y divulgar los reglamentos, guías, protocolos y herramientas para la vigilancia en salud pública y consolidar la información de eventos de enfermedades respiratorias agudas y crónicas, frente a eventos críticos de contaminación. | Apoyo en la actualización de instrumentos, protocolos e instructivos e 2022 de las tematicas de Ruido y REM guia validacion base de datos. | Soporte actividades en la carpeta de auditoria de acuedo con el pain de accion y envio al correo de la linea |
| 9 | Consolidar y analizar de la información solicitada por la Subred, Secretaria Distrital de Salud u otras entidades o actores que lo requieran. | Avance en la actualización de la propuesta del Plan de Analisis Local y apoyo en el Distrital de la vigilancia Salud Ambiental de las tematicas de REM 2022, Actualización de la Guia o Plan de analisis del Boletin de Salud REM | Soporte actividades en la carpeta de auditoria de acuedo con el pain de accion y envio al correo de la linea |
| 10 | Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental. | Entrega y organización de informes y documentos de la linea ARREM correspondientes al mes en curso. | Soporte actividades en la carpeta de auditoria de acuedo con el pain de accion y envio al correo de la linea |
| 11 | Realizar las demás obligaciones que se relacionen con el objeto del contrato y que sean requeridas por la supervisión Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato. | De acuerdo a las indicaciones del lider de la linea ARREM | Actas de reunión o soportes correspondientes |

**Observaciones:**

ADRES REVISADO

**Notas:** Es deber contractual anexar la certificación del pago a Salud, pensión y ARL. En caso de tener contrato nuevo adjuntar el soporte de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud como cotizante y afiliación a pensión. Teniendo en cuenta que con la implementación del Decreto 1273 de 2018 el pago de aportes se hace de manera vencida de acuerdo con las fechas establecidas en el Decreto 1990 de 2016.

Johanna Mª Castro Acevedo
Firma del Contratista
C.C. 52.380.288 de Bogota

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No1 | | VISTO REFERENTE DEL PROCESO RESPONSABLE | |
|---|---|---|---|
| NOMBRE: | BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO | NOMBRE: | JAVIER RICARDO PEÑUELA PEREZ |
| CARGO: | PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 27 | CARGO: | PROFESIONAL ESPECIALIZADO REFERENTE DE GESTION |
| FIRMA: | | FIRMA: | |

**Cuenta de cobro 006 - 2023**

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD**

**CENTRO ORIENTE E.S.E.**

**Nit. 900.959.051-7**

**DEBE A:**

**JOHANNA MARÍA CASTRO ACEVEDO**

**C.C. 52380288 de Bogotá**

**LA SUMA DE:**

**Cinco millones doscientos veintiocho mil ciento setenta y seis pesos.**

**($5.228.176)**

Por concepto de:

- Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No PS 4410 de 2023 correspondiente del 1 al 31 de mayo de 2023

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO TERAPEUTA RESPIRATORIA ESPECIALISTA EN EPIDEMIOLOGÍA 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,**

Johanna M. Castro Acevedo

JOHANNA MARÍA CASTRO ACEVEDO
C.C. 52380288
Teléfono: 3118046605
Dirección: Kr 81b 6c 10
No Cuenta 008400349778 ahorros Davivienda
Fecha: 31 de mayo 2023

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 | 52380288 | JOHANNA MARIA CASTRO ACEVEDO | Cra 81b No 6c -10 casa 122 | 4487880 | johannacastro.cj16@gmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I -- Independiente | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | SI |

| 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 | |
| 2023-04 | 2023-04 | I | 09/05/2023 | 67719594 | $647.300 | |

## 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 | 261.500 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 261.500 | 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 | 334.800 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 334.800 | 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 | 51.000 | | | | 51.000 | 0 | 0 | 51.000 | | | 510 | 51.000 | 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 | 261.500 | 261.500 |
| Pensión | 1 | 334.800 | 334.800 |
| Riesgos Laborales | 1 | 51.000 | 51.000 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 647.300 | 647.300 |

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 |
| CC | 52380288 | JOHANNA MARIA CASTRO ACEVEDO | | Cra 81b No 6c -10 casa 122 | 4487880 | johannacastro.cj16@gmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | |
| ÚNICA | I -- Independiente | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | |

| EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
|---|
| SI |

| 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 |
| 2023-04 | 2023-04 | I | 09/05/2023 | 67719594 | $647.300 |

## 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 | Estudiante | IGE | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | COTIZACIÓN | 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 | 52380288 | CASTRO ACEVEDO JOHANNA MARIA | 59 | 0 | | | N | | | | | | | X | | | | | | | | | | 230301 | 2.092.000 | 334.800 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS005 | 2.092.000 | 251.500 | 14-7 | 2.092.000 | 3 | 51.000 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

# REPORTE RESUMEN DE PAGO

## Información básica de la planilla

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Empresa:** | JOHANNA MARIA CASTRO ACEVEDO | **NIT:** | 52380288 |
| **Tipo Planilla:** | I | **Periodo liquidación Pensiones:** | abril 2023 |
| **Sucursal o Dependencia:** | PRINCIPAL | **Periodo liquidación Salud:** | abril 2023 |
| **Número de Radicación:** | 67719594 | **Total a pagar:** | $647,300 |
| **Fecha de vencimiento:** | 23/05/2023 | **Total de empleados:** | 1 |
| **Fecha de Pago:** | 09/05/2023 | **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 DAVIVIENDA | **Número Autorización:** | 2071715752 |
| **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 Bolivar S.A. | 1 | | $0 | $51,000 |
| 230301 | 800224808 | Porvenir | 1 | | $0 | $334,800 |
| EPS005 | 800251440 | Sanitas EPS | 1 | | $0 | $261,500 |
| | | | | | | $647,300 |

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

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

# CARGUE CUENTA DE COBRO ABRIL PS4410 2023 JOHANNA MARÍA CASTRO ACEVEDO



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 Contrato
9 Incumplimientos

## Datos guardados

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 4410 2023 CUENTA DE COBRO ABRIL 2023.pdf | PS 4410 2023 CUENTA DE COBRO ABRIL 2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 4410 2023 CUENTA DE COBRO MARZO 27 AL 31 2023.pdf | PS 4410 2023 CUENTA DE COBRO MARZO 27 AL 31 2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >