Secretaría de Salud
Red de Hospitales de Bolívar y Oriente de Salud
Centro Oriente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTIÓN DE CONTRATACIÓN
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CÓDIGO: AP-G-FT-018
VERSIÓN: 03
FECHA: 2021-12-27

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: PS 5869 2023 | C.D.P. No.: 375 | Proceso que pertenece: MISIONAL
Servicio al que pertenece: DIRECCIÓN GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD - CONVENIO SED
Unidad a la que pertenece: CAPS PRIMERA DE MAYO

Nombre del Contratista: LUZ DARY HERRERA HERRERA | C.C. 52.731.187 | de: BOGOTA

Fecha Inicio: 2023-04-12 | Fecha Terminación inicial: 2023-05-02 | Valor Mensual: $ 2.471.871 | Valor a cancelar: $ 2.471.871

ADICIÓN/OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 2.907.080	1240	2023-05-03	2023-05-31
2	$ 2.471.871	1545	2023-01-06	2023-06-30
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO PLANILLA
1	ABRIL	$ 1.730.309	$ 0	NO APLICA	NO APLICA
2	MAYO	$ 2.471.871	$ 256.400	67734904	09/05/2023
3	JUNIO	$ 2.471.871	$ 737.500	68429856 / 68569944	30/05/2023 Y 13/06/2023
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					

Resumen de contrato:

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 1.855.101	$ 6.674.051	$ 6.674.051	$ 1

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO DEL AREA DE LA SALUD PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION GESTION INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. CONVENIO 4730879-2023

Relación de actividades para el periodo: Desde: 2023-06-01 Hasta: 2023-06-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las relacionadas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Efectuar, bajo la dirección de la IED asignada, el reporte de casos en la IED, correspondientes al perfil epidemiológico por el que atraviesa la ciudad en el momento.	Reporte de casos en la plataforma dispuesta por SED a demanda	Registro en el link indicado
2	Aplicar de manera inmediata el protocolo de la IED para el manejo inicial de cualquier brote epidemiológico y activar la ruta de atención, involucrando la(s) situación(es) crítica(s) que afecten el bienestar de los estudiantes, articulándose con el equipo de la estrategia RED P.	Se da cumplimiento a cada parte de protocolo de atención requerido a demanda	• Formato excel programación semanal • Formato excel de seguimiento diario
3	Promover acciones pedagógicas con la(s) comunidad(es) educativa(s) (estudiantes, docentes y personal administrativo) para la prevención de brotes epidemiológicos en las sedes de la IED asignada, durante las fechas y horas acordadas previamente con el (la) rector(a) del colegio o su delegado.	Se da cumplimiento por medio del registro y control de los reportes según el formulario correspondiente.	• Formato excel programación semanal • Formato excel de seguimiento diario
4	Adelantar acciones pedagógicas para la promoción en estilos de vida saludable de acuerdo con el lineamiento específico de la DSE e implementar las estrategias, acciones y proyectos de la Estrategia de Promoción del Bienestar, en las sedes de la IED asignada, durante las	Se da cumplimiento por medio del registro y control de los reportes según el formulario correspondiente	• Formato excel programación semanal • Formato excel de seguimiento diario
5	Apoyar las campañas convocadas de tamizaje de talla y peso, y vacunación, que lleve a cabo la SDS en la IED asignada.	Se da acompañamiento según programación establecida a demanda	• Formato excel programación semanal • Formato excel de seguimiento diario
6	Participar en los procesos de capacitación que programe la SED, la Subred 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 jornadas de inducción y fortalecimiento de capacidades para el cumplimiento y desarrollo efectivo de las actividades asignadas en la red.	Actas y listados de asistencia
7	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, Emergencias y Cambio climático.	Se participa en los espacios convocados por las IED a demanda.	• Formato de actas de reunión / capacitación
8	Asumir como primer respondiente en casos de accidentes escolares, conforme a lo establecido en el artículo 131 del Código Penal Colombiano y acorde con lo establecido en la ruta de manejo de accidentes escolares de la SED en coordinación y colaboración con el	Se da cumplimiento mediante la atención según demanda de cada IED.	• Formato excel de seguimiento diario • Formulario google de reporte diario
9	Realizar el reporte diario de actividades ejecutadas en la IED.	Se da cumplimiento mediante la entrega de los informes de cumplimiento de objetivos de manera mensual y conforme a los lineamientos establecidos.	• Formato excel (programación semanal) • Formato excel de seguimiento diario
10	Hacer uso semanal y reporte en los aplicativos de la herramienta pedagógica dispuesta por la SED.	Se da cumplimiento mediante el reporte en Aula Virtual	Registro plataforma SED
11	Presentar informes mensuales de las actividades desarrolladas en el marco del objeto contractual, junto con evidencias de su desarrollo, según las matrices o esquemas solicitados para tal fin.	Se realiza reporte diario de las actividades desarrolladas en cada sede y jornada	• Formato excel de seguimiento diario
12	Cumplir con asistencia presencial mensual para la entrega de informes y demás gestiones administrativas en la fecha y hora indicada por la Subred. Contenidas en el formato de necesidad de personal CPS PCONTP 4730879-2023 que hace parte integral del presente	Se da cumplimiento mediante la asistencia diaria a las IED asignadas y a los espacios convocados.	• Formato excel de seguimiento diario • Actas y listado de asistencia

Observaciones:

HONORARIOS PLUS

Nota: En dicho contenido anexar la certificación del pago a Salud, pensión y ARL. En caso de tener contrato anexo adjuntar el soporte de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud según corresponda y afiliación a pensión. Teniendo en cuenta que con la implementación del Decreto 1273 de 2018 el pago de aportes se hace de manera mensual de acuerdo con las fechas establecidas en el Decreto 1990 de 2016.

Firma del Contratista
C.C. 52.731.187 de BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 1	
NOMBRE	LORENZA BECERRA CAMARGO
CARGO	DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 02
FIRMA	

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 2	
NOMBRE	SANDRA LILIANA GUERRERO PALACIO
CARGO	PROFESIONAL ESPECIALIZADO CODIGO 2-02 GRADO 27
FIRMA	

VISTO BUENO LÍDER DE PROCESO	

Cuenta de cobro 003- 2023

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
NIT No. 900.959.051-7

DEBE A:
LUZ DARY HERRERA HERRERA
C.C. 52.731.187 de BOGOTA

LA SUMA DE:

DOS MILLONES CUATROCIENTOS SETENTA Y UN MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y UN PESOS MONEDA CORRIENTE ($2.471.871)

Por concepto de:

- Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No. PS 5069 2023 correspondiente del 01 al 30 de Junio de 2023.

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS TÉCNICOS ÁREAS DE LA SALUD PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE GESTION INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E CONVENIO 4730879/2023

Cordialmente,

LUZ DARY HERRERA HERRERA
C.C. 52.731.187 de Bogotá
Teléfono: 300 2503938
No Cuenta 912-115927-08 Ahorros de Bancolombia

Fecha: 30 de junio de 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	52731187	LUZ DARY HERRERA HERRERA	CARRERA 12 ESTE # 21 - 79SUR	3002503936	darymonita1957@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	1 - Independiente		BOGOTA, 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	
88429850	06/06/2023				EMPLEADOS	IBC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2023-05	2023-05	N	13/06/2023	88569944	TOTAL A PAGAR	
					$101.200	

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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	43.600	0		0		0	0	0	0	43.600	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
230201	Proteccion (INO - Proteccion)	800229739-0	55.600	0	0	0	0	0	0		55.600	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										

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	2.100	0	0	2.100	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	43.600	43.600
Pensión	1	55.600	55.600
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	1	2.100	2.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	101.200	101.200

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	52731187	LUZ DARY HERRERA HERRERA		CARRERA 12 ESTE # 21 - 78SUR	3002503938	darymonita1957@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	1 - 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
68429858	08/06/2023				1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-05	2023-05	N	13/06/2023	68569044	$101.200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACION NOVEDADES																		PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Sotera	Estudiante	Estudiante Activo	Extranjero	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SUS	ESP	LMA	VAC	AVP	VCT	IGE	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	52731187	HERRERA HERRERA LUZ DARY	3	0			N	X																230201	1,160,900	185,000	0	0	0	0	EPS002	1,160,000	145,000		0		0	CCF24	1,160,900	7,000	0	0	0	0	0

PAGADO

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

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **LUZ DARY HERRERA HERRERA**, identificada con **CC** número **52731187**, aportó por el empleado **LUZ DARY HERRERA HERRERA** identificado(a) con **CC** número **52731187** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, el periodo de pensión de 05 - 2023 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	INGRESO	RETIRO	TRASLADO DESDE OTRA EPS	TRASLADO DESDE OTRA AFP	TRASLADO A OTRA EPS	TRASLADO A OTRA AFP	VSP	SLN	IGE	LMA	VAC LR	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECCION	DIAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NUMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	3	X															0	21	$812.000	0.00600	$4.900	$0	$0	Mayo - 2023	68429850	08/06/2023	NO
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	3	X															0	21	$812.000	0.16000	$130.000	$0	$0	Mayo - 2023	68429850	08/06/2023	NO
EPS002	Salud Total EPS	3	X															0	21	$812.000	0.12500	$101.500	$0	$0	Mayo - 2023	68429850	08/06/2023	NO

El presente certificado se expide a los 13 días del mes Junio de 2023

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

BOGOTÁ, viernes 16 de junio de 2023

Señor (a):
LUZ DARY
CC. . 52731187
CR 12 ESTE 21 79 SUR
BOGOTÁ - BOGOTA

REF. F96-RVA SOLICITUD INFORMACIÓN – RELACIÓN DE APORTES A SALUD TOTAL EPS S.A.

Reciba un cordial saludo en nombre de Salud Total EPS S.A. y el agradecimiento por permitirnos ser la Entidad Promotora de Salud de su elección y confianza.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que durante su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se han registrado los siguientes aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud:

Aportes realizados durante el último año:

No Planilla	Fecha de Pago	Periodo	Nit	Razón social del aportante	Dias	IBC	Cotizacion
68429850	2023-06-08	2023-05-01	52731187	LUZ DARY HERRERA HERRERA	21	812000	101500
68569944	2023-06-13	2023-05-01	52731187	LUZ DARY HERRERA HERRERA	30	1160000	145000
67534904	2023-05-09	2023-04-01	52731187	LUZ DARY HERRERA HERRERA	21	812000	101500
67040761	2023-04-21	2023-03-01	52731187	LUZ DARY HERRERA HERRERA	1	38667	4900
66504352	2023-04-03	2023-02-01	52731187	LUZ DARY HERRERA HERRERA	30	1160000	145000
65435648	2023-02-08	2023-01-01	52731187	LUZ DARY HERRERA HERRERA	30	1160000	145000
64612313	2023-04-13	2022-12-01	52731187	LUZ DARY HERRERA HERRERA	30	1000000	125000
63875952	2023-01-05	2022-11-01	52731187	LUZ DARY HERRERA HERRERA	30	1000000	125000
63108297	2022-11-08	2022-10-01	52731187	LUZ DARY HERRERA HERRERA	30	1000000	125000
62421844	2022-10-10	2022-09-01	52731187	LUZ DARY HERRERA HERRERA	30	1000000	125000
61662836	2022-09-08	2022-08-01	52731187	LUZ DARY HERRERA HERRERA	30	1000000	125000
60877948	2022-08-09	2022-07-01	52731187	LUZ DARY HERRERA HERRERA	30	1000000	125000
60176302	2022-07-11	2022-06-01	52731187	LUZ DARY HERRERA HERRERA	30	1000000	125000
					Total	12142667	1517900

En Salud Total EPS S.A. apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad o puede comunicarse con la línea gratuita de atención al cliente 018000 1 14524, y en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

Elaboró: Servicios en línea

