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 CONTRATACIÓN**
**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 3398 2024 | **C.D.P. No.:** | 333 |
| **Proceso que pertenece:** | MISIONAL | | |
| **Servicio al que pertenece:** | DIRECCION GESTION INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD - CONVENIO SED | | |
| **Unidad a la que pertenece:** | CAPS PRIMERA DE MAYO | | |
| **Nombre del Contratista:** | PAULA ANDREA GONZALEZ BARRERA | **C.C.** | 1.024.575.662 **de:** BOGOTA |
| **Fecha Inicio:** | 2024-01-25 | **Fecha Terminación inicial:** | 2024-03-08 |
| **Valor Mensual:** | $ 2.471.871 | **Valor a cobrar:** | $ 2.471.871 |

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |

| N° CTA | MES DE CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR | VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL | NÚMERO DE PLANILLA | FECHA DE PAGO PLANILLA |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | ENERO | $ 494.374 | $ 0 | NO APLICA | NO APLICA |
| 2 | FEBRERO | $ 2.471.871 | $ 80.800 | 74777063 | 15/02/2024 |
| 3 | | | | | |
| 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 |
|---|---|---|---|
| $ 3.790.202 | $ 3.790.202 | $ 2.966.245 | $ 823.957 |

## 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 DIRECCIÓN 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:** 2024-02-01 **Hasta:** 2024-02-29

| | OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta) | DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 1 | Efectuar, bajo la directriz de la IED asignada, el reporte de casos en la IED, correspondientes al brote epidemiológico por el que atraviese la ciudad en el momento. | Reporte de casos a vigilancia epidemiologica | 1. Acta de visita de campo para este mes<br>1. No se desarrrolla esta actividad para el mes de febrero |
| 2 | Aplicar de manera inmediata el protocolo de la IED para el manejo inicial de cualquier brote epidemiológico y activar la ruta de atención, incluyendo la RIA en situaciones críticas que afecten el bienestar de los estudiantes, articulándose con el equipo de la estrategia RIO P. | ascompañamiento a casos reportados y notificacion al componente de vigilancia | 1. registro de actividades en el formato de Exel<br>2. registro de actividades en formato de firmas |
| 3 | Adelantar acciones pedagógicas con la comunidad educativa (estudiantes, docentes y personal administrativo) para la prevención de enfermedades transmisibles 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 al desarrrollo de Acciones pedagogicas para prevencion de enfermedades trasmisibles con temas Alimentacion Saludable,Prevencion de Accidentes, Movilidad Segura,Enfermedades trabsmisibles, para el mes de febrero | 1. registro de actividades en el formato de Exel<br>2. registro de actividades en formato de firmas |
| 4 | Adelantar acciones pedagógicas para la promoción en estilos de vida saludable de acuerdo con el lineamiento específico de la DBE e implementar las estrategias, acciones y proyectos de la Estrategia de Promoción del Bienestar, en las sedes de la IED asignada, durante las fechas y horas acordadas con el (la) rector (a) del colegio o su delegado | Se da cumplimiento al desarrrollo de Acciones pedagogicas para promocion de estilos de vida saludables con temas Miplato Nutritivo, Muevo mi cuerpo, Mis modales ,que elegantes, subir y bajar escaleras,frecuencia cardiaca y respiratoria, soy consciente de mi cuerpo y sus movimientos, prevencio accidentes en el aula, riesgos en entornos escolares cuidar postura personal,Principiois basicos de movilidad,para el mes de febrero | 1. registro de actividades en el formato de Exel<br>2. registro de actividades en formato de firmas |
| 5 | .Apoyar las campañas concertadas 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 jornada de vacunacion | 1. registro de actividades en el formato de Exel<br>2. registro de actividades en formato de firmas |
| 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 | para el mes de febrero se desarrolla las capacitaciones de Estrategias Pedagogicas el dia 17 de febrero de 2024. | 1. 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. | 1. registro de actividades en el formato de Exel<br>2. registro de actividades en formato de firmas |
| 8 | Actuar 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 primer respondiente del colegio | Se da cumplimiento mediante la atención según demanda de cada IED. | 1. registro de actividades en el formato de Exel<br>2. registro de actividades en formato de firmas |
| 9 | Realizar el reporte diario de actividades realizadas en la IED | se realiza el reporte de 80 actividades para para el mes de febrero | 1. registro de actividades en el formato de Exel<br>2. registro de actividades en formato de firmas |
| 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 | 1. registro de actividades en el formato de Exel<br>2. registro de actividades en formato de firmas |
| 12 | Cumplir con asistencia presencial mensual para la entrega de informes y demás gestiones administrativas en la fecha y hora indicada por la subred. | se realiza asistencia a jornadas de fortalecimiento, entrega de cuenta de cobro y ajustes pertinentes si se requeire | 1. Actas y listado de asistencia |
| 13 | Las demás actividades asignadas por la autoridad competente de acuerdo con el nivel naturaleza y área de desempeño del contrato CONVENIO 4730879/2023 Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato | Ejecutar las actividades asignadas deacuedo a las necesidades del convenio y que hacen parte del contrato según requerimiento desde la coordinacion,direccion de gestion del riesgo o subred integrada de servicios de salus centro oriente | Para este mes de febrero no aplica |

**Observaciones:**

**HONORARIOS FIJOS**

**Nota:** 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.

**Firma del Contratista**

**C.C.** 1.024.575.662 **de** BOGOTA

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 1 | |
|---|---|
| **NOMBRE:** | LORENZA BECERRA CAMARGO |
| **CARGO:** | DIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05 |
| **FIRMA** | |

| VISTO BUENO LIDER DEL PROCESO | |
|---|---|
| **NOMBRE:** | JOHANNA ARREDONDO GIRALDO |
| **CARGO:** | PROFESIONAL ESPECIALIZADO |
| **FIRMA** | |

**Cuenta de cobro 02- 2024**

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

**DEBE A:**

**PAULA ANDREA GONZALEZ BARRERA**
**Cc .1024575662 de Bogotá**

**LA SUMA DE:**

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

Por concepto de:

• Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato Ps 3398 2024 correspondiente del 01 al 29 de febrero de 2024.

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

**Cordialmente,**

PAULA ANDREA GONZALEZ BARRERA
C.C. 1024575662
Teléfono: 3006890543
No Cuenta 0550488432501804 Ahorros Banco Davivienda

Fecha:29 de febrero de 2024

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 | 1024575662 | PAULA ANDREA GONZALEZ BARRERA | | Dg 61 sur # 20 a 30 int 5 casa 73 | 3042037590 | paulisgonzalez16@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 | |
| 2024-01 | 2024-01 | I | 15/02/2024 | 74777063 | $80.800 | |

## 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 | | | | | |
| EPS010 | EPS Sura | 800088702-2 | 32.500 | 0 | | 0 | | 0 | 1 | 100 | 0 | 32.600 | 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 | 41.600 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 100 | 0 | 41.700 | 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 | | | | | | | | | | |
| 14-11 | ARL SURA | 890903790-5 | 6.400 | | | | 6.400 | 1 | 100 | 6.500 | | | 64 | 6.500 | 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 | 32.500 | 32.600 |
| Pensión | 1 | 41.600 | 41.700 |
| Riesgos Laborales | 1 | 6.400 | 6.500 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 80.500 | 80.800 |

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 | 1024575662 | PAULA ANDREA GONZALEZ BARRERA | Dg 61 sur # 20 a -30 int 5 casa 73 | 3042037590 | paulisgonzalez16@gmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | |
| UNICA | 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 | |
| 2024-01 | 2024-01 | I | 15/02/2024 | 74777063 | $80.800 | |

## 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 | Exonerado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | INCT | AVL | CORRECCIÓN | Cód AFP | IBC AFP | Cotizacion | 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 | Codigo CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1 | CC | 1024575662 | GONZALEZ BARRERA PAULA ANDREA | 59 | 0 | | | N | X | X | | | | | | | | | | | | | | | 231001 | 260.000 | 41.600 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS010 | 260.000 | 32.500 | 14-11 | 260.000 | 3 | 6.400 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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