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: 04**
**FECHA: 2024-02-22**

## 1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. CONTRATO - OPS:** | PS 3380 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:** | KATERINE MILENA ROJAS VALDERRAMA | **C.C.** | 1.022.334.154 | **de:** | BOGOTA |
| **Fecha Inicio:** | 2024-01-24 | **Fecha Terminación inicial:** | 2024-03-08 | **Valor Mensual:** | $ 2.471.871 |
| **Valor a cobrar:** | $ 1.153.539 | | | | |

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | $ 4.119.785 | 1171 | 2024-03-09 | 2024-04-30 |
| 2 | $ 2.471.871 | 1442 | 2024-05-01 | 2024-05-31 |
| 3 | $ 1.153.540 | 1625 | 2024-06-01 | 2024-06-14 |

| Nº CTA | MES DE CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR | VALOR PAGO SEGURIDA | NÚMERO DE PLANILLA | FECHA DE PAGO PLANILLA |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | ENERO | $ 494.374 | $ 0 | NO APLICA | NO APLICA |
| 2 | FEBRERO | $ 2.471.871 | $ 94.000 | 74748337 | 13/02/2024 |
| 3 | MARZO | $ 2.471.871 | $ 402.200 | 74737233 | 8/03/2024 |
| 4 | ABRIL | $ 2.471.871 | $ 404.400 | 75875718 | 17/04/2024 |
| 5 | MAYO | $ 2.471.871 | $ 402.200 | 76693834 | 10/05/2024 |
| 6 | JUNIO | $ 1.153.539 | $ 402.200 | 77513986 | 13/06/2024 |

**Resumen de contrato**

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 3.790.202 | $ 11.535.398 | $ 11.535.397 | $ 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 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:** 2024-06-01 **Hasta:** 2024-06-14

| | OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta) | DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO | |
|---|---|---|---|
| | | ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUTO O EVIDENCIA |
| 1 | Efectuar, bajo la directriz de la IED asignada, el reporte de casos en la IED, correspondientes al brote epidemiologico 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>2. No se desarrolla esta actividad para el mes de Junio |
| 2 | Aplicar de manera inmediata el protocolo de la IED para el manejo inicial de cualquier brote epidemiologico y activar la ruta de atención, incluyendo la RIA en situaciones criticas que afecten el bienestar de los estudiantes, articulándose con el equipo de la estrategia RIO P | acompañamiento a casos reportados y notificacion al componente de vigilancia | 1. registro de actividades en el formato de Excel<br>2. registro de actividades en formato de firmas |
| 3 | Adelantar acciones pedagogicas con la comunidad educativa (estudiantes, docentes y personal administrativo) para la prevencion 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 desarrollo de Acciones pedagogicas para prevencion de enfermedades trasmisibles con tema de tuberculosis y enfermedades respiratorias para el mes de Junio | 1. registro de actividades en el formato de Excel<br>2. registro de actividades en formato de firmas |
| 4 | Adelantar acciones pedagogicas para la promoción en estilos de vida saludable de acuerdo con el lineamiento especifico de la DBE e implementar las estrategias, acciones y proyectos de la Estrategia de Promocion 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 desarrollo de Acciones pedagogicas para promocion de estilos de vida saludables con temas Alimentacion saludable, Tomemos Agua, Tomemos Vida, ¿Que nos aportan los alimento?, mis ojos ven lo que quieren... y mi cuerpo recibe lo que debe, Frente a movilidad segura con los temas, habilidades basicas en el transito de peatones, circulacion en bisicleta segura y respetuosa con los otros actores. Frente a prevencion de accidentes con temas, Factores que causan los accidentes, responsabilidad en los accidentes escolares. Frente a Actividad Fisica temas desarrollados, me muevo y cuido mi cuerpo, me cuido y me ejercito para el mes de Junio | 1. registro de actividades en el formato de Excel<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 Excel<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 | Se participa en reunion 1 de junio | 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 Excel<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 Excel<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 32 actividades para para el mes de junio y planilla de firmas cargada en el drive el dia 14 de junio | 1. registro de actividades en el formato de Excel<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 en planilla de firmas | 1. registro de actividades en el formato de Excel<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 requiere | 1. Actas y listado de asistencia |
| **13** | Las demás actividades asignadas por la autoridad competente de acuerdo con el nivel naturaleza y area 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 junio no aplica |

**Observaciones:**

**Nota:** Es deber contractual anexar la certificacion del pago a Salud, pension y ARL. En caso de tener contrato nuevo adjuntar el soporte de afiliacion al Sistema General de Seguridad Social en Salud como cotizante y afiliacion a pension. Teniendo en cuenta que con la implementacion 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.

Katerine Milena Rojas V.

**Firma del Contratista**

**C.C.** 1.022.334.154 **de** BOGOTA

| **VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATO** | |
|---|---|
| **NOMBRE:** | LORENZA BECERRA CAMARGO |
| **CARGO:** | DIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05 |
| **FIRMA** | |

| **VISTO BUENO DEL LIDER DEL PROCESO** | |
|---|---|
| **NOMBRE** | NINI JOHANNA ARREDONDO GIRALDO |
| **CARGO** | PROFESIONAL ESPECIALIZADA |
| **FIRMA** | |

**Cuenta de cobro 06- 2024**

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

**DEBE A:**

**KATERINE MILENA ROJAS VALDERRAMA**

**C.C 1.022.334.154 BOGOTA**

**LA SUMA DE:**

**UN MILLÓN CIENTO CINCUENTA Y TRES MIL QUINIENTOS TREINTA Y NUEVE PESOS MONEDA CORRIENTE**
**($1.153.539)**

Por concepto de:

• Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato PS 3380 2024 correspondiente del 01 al 14 de junio 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,**

Katerine Milena Rojas V.

C.C. 1.022.334.154 BOGOTA
Teléfono: 3202757929
No Cuenta Ahorros 0550488430444973 BANCO DE DAVIVIENDA

Fecha: 30 de junio 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 | 1022334154 | KATERINE MILENA ROJAS VALDERRAMA | | calle 47b sur 77y 81 | 3202757929 | MILENITA417@HOTMAIL.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 | |
| 2024-05 | 2024-05 | I | 13/06/2024 | 77513986 | $402.200 | |

## 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 | | | | | |
| EPS008 | Compensar EPS | 860066942-7 | 162.500 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 162.500 | 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 | 208.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 208.000 | 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 | 31.700 | | | | 31.700 | 0 | 0 | 31.700 | | | 317 | 31.700 | 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 | 162.500 | 162.500 |
| Pensión | 1 | 208.000 | 208.000 |
| Riesgos Laborales | 1 | 31.700 | 31.700 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 3 | 402.200 | 402.200 |

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 |
| CC | 1022334154 | KATERINE MILENA ROJAS VALDERRAMA | | calle 47b sur 77y 81 | 3202757929 | MILENITA417@HOTMAIL.COM |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| 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: 1 / UPC: 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR |
| 2024-05 | 2024-05 | I | 13/06/2024 | 77513986 | $402.200 |

## ETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colomb. exterior | Es pensión | 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 | 1022334154 | ROJAS VALDERRAMA KATERINE MILENA | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 1.300.000 | 208.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS008 | 1.300.000 | 162.500 | 14-11 | 1.300.000 | 3 | 31.700 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

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 Contr...
9 Incumplimientos

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 3380 2024 CUENTA DE COBRO DE ENERO 2024.pdf | PS 3380 2024 CUENTA DE COBRO DE ENERO 2024.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 3380 2024 CUENTA DE COBRO DE FEBRERO 2024.pdf | PS 3380 2024 CUENTA DE COBRO DE FEBRERO 2024.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 3380 2024 CUENTA DE COBRO DE MARZO 2024.pdf | PS 3380 2024 CUENTA DE COBRO DE MARZO 2024.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 3380 2024 CUENTA DE COBRO MES DE ABRIL DE 2024.pdf | PS 3380 2024 CUENTA DE COBRO MES DE ABRIL DE 2024.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☑ | PS 3380 2024 CUENTA DE COBRO MES DE MAYO DE 2024.pdf | PS 3380 2024 CUENTA DE COBRO MES DE MAYO DE 2024.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >