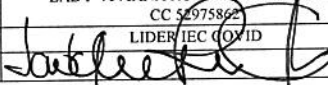
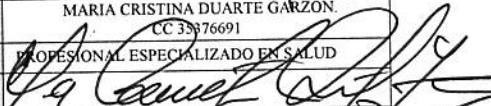


246

		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-IA-FT-014 VERSION: 02																																																																																																																																																																																			
1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO																																																																																																																																																																																							
No. CONTRATO - OPS: PS 4515 2020 C.D.P. No.: 1596		Proceso al que pertenece: PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC Unidad a la que pertenece: SALUD PUBLICA																																																																																																																																																																																					
Nombre del Contratista: PAULA CAROLINA BALLESTEROS PÉREZ		C.C. 1.018.464.637 de: BOGOTA																																																																																																																																																																																					
Fecha Inicio: 2020-06-24		Fecha Terminación inicial: 2020-10-31		Valor Mensual: \$ 3.570.149 Valor a cobrar: \$ 970.149																																																																																																																																																																																			
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>ADICIÓN N/ OTRO SI</th> <th>VALOR ADICIÓN</th> <th>CDP</th> <th>FECHA DE INICIO</th> <th>FECHA DE TERMINACIÓN</th> </tr> <tr><td>1</td><td>\$ 6.000.000</td><td>2710</td><td>2020-09-01</td><td>2020-10-31</td></tr> <tr><td>2</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>3</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>4</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>5</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>6</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>7</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>8</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>9</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>10</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>11</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>12</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>13</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>14</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>15</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>16</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>17</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>		ADICIÓN N/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	1	\$ 6.000.000	2710	2020-09-01	2020-10-31	2					3					4					5					6					7					8					9					10					11					12					13					14					15					16					17					<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>Nº CTA</th> <th>MES DE CUENTA DE COBRO</th> <th>VALOR A PAGAR</th> <th>VALOR PAGO SEGURIDAD</th> <th>NÚMERO DE PLANILLA</th> </tr> <tr><td>1</td><td>JUNIO</td><td>\$ 834.328</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>2</td><td>JULIO</td><td>\$ 3.570.149</td><td>\$ 271.700</td><td>8344092605</td></tr> <tr><td>3</td><td>AGOSTO</td><td>\$ 1.940.300</td><td>\$ 441.900</td><td>44702278</td></tr> <tr><td>4</td><td>SEPTIEMBRE</td><td>\$ 970.149</td><td>\$ 271.700</td><td>45386952</td></tr> <tr><td>5</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>6</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>7</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>8</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>9</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>10</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>11</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>12</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>13</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>14</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>15</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>16</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>17</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>		Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD	NÚMERO DE PLANILLA	1	JUNIO	\$ 834.328			2	JULIO	\$ 3.570.149	\$ 271.700	8344092605	3	AGOSTO	\$ 1.940.300	\$ 441.900	44702278	4	SEPTIEMBRE	\$ 970.149	\$ 271.700	45386952	5					6					7					8					9					10					11					12					13					14					15					16					17				
ADICIÓN N/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN																																																																																																																																																																																			
1	\$ 6.000.000	2710	2020-09-01	2020-10-31																																																																																																																																																																																			
2																																																																																																																																																																																							
3																																																																																																																																																																																							
4																																																																																																																																																																																							
5																																																																																																																																																																																							
6																																																																																																																																																																																							
7																																																																																																																																																																																							
8																																																																																																																																																																																							
9																																																																																																																																																																																							
10																																																																																																																																																																																							
11																																																																																																																																																																																							
12																																																																																																																																																																																							
13																																																																																																																																																																																							
14																																																																																																																																																																																							
15																																																																																																																																																																																							
16																																																																																																																																																																																							
17																																																																																																																																																																																							
Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD	NÚMERO DE PLANILLA																																																																																																																																																																																			
1	JUNIO	\$ 834.328																																																																																																																																																																																					
2	JULIO	\$ 3.570.149	\$ 271.700	8344092605																																																																																																																																																																																			
3	AGOSTO	\$ 1.940.300	\$ 441.900	44702278																																																																																																																																																																																			
4	SEPTIEMBRE	\$ 970.149	\$ 271.700	45386952																																																																																																																																																																																			
5																																																																																																																																																																																							
6																																																																																																																																																																																							
7																																																																																																																																																																																							
8																																																																																																																																																																																							
9																																																																																																																																																																																							
10																																																																																																																																																																																							
11																																																																																																																																																																																							
12																																																																																																																																																																																							
13																																																																																																																																																																																							
14																																																																																																																																																																																							
15																																																																																																																																																																																							
16																																																																																																																																																																																							
17																																																																																																																																																																																							
Resumen de contrato VALOR INICIAL DEL CONTRATO \$ 9.401.400		VALOR TOTAL DEL CONTRATO \$ 15.401.400		PAGOS REALIZADOS \$ 7.314.926																																																																																																																																																																																			
				SALDO DEL CONTRATO \$ 8.086.474																																																																																																																																																																																			
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 SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E C																																																																																																																																																																																							
Relación de actividades para el periodo: Desde: 2020-09-01 Hasta: 2020-09-30																																																																																																																																																																																							
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)		DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO																																																																																																																																																																																					
		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN		PRODUTO O EVIDENCIA																																																																																																																																																																																			
1 PRESTAR SUS SERVICIOS PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES EN EL MARCO DEL CONTRATO SUSCRITO CON FFD Y LA ESE.		Desarrollar acciones en vigilancia en salud publica de acuerdo el lineamientos establecidos de la Secretaria de Salud y cumplir con los direccionamientos respectivos del supervisor del contrato. 1. Participación en reuniones de area de Vigilancia en Salud Pública. 2. Realización y seguimientos de IEC de casos probables y positivos de COVID 19.		correo: epidemiologia@subredcentroorientegov.co Servidor de SIVIGILA Reunión de espacio www.infocontacto.saludcapital.gov.co																																																																																																																																																																																			
2 APOYAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN EL PIC, PRESENTANDO LA INFORMACIÓN Y/O SOPORTES QUE SOLICITEN Y QUE CORRESPONDE AL OBJETO Y/O ACTIVIDADES CONTRACTUALES Y DE ACUERDO A LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS CONTENIDOS EN EL CONTRATO SUSCRITO CON EL FONDO FINANCIERO DISTRITAL.		1. Realización de IEC casos sospechosos de COVID 19. 2. Registro de de IEC de casos positivos de COVID 19. 3. Apoyo a proceso de seguimiento IEC COVID 19.		Correo: epidemiologia@subredcentroorientegov.co SIVIGILA2020/IEC_SIVIGILA/346_C OVID19																																																																																																																																																																																			
3 PRESENTAR MENSUALMENTE EL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR		Diligenciamiento del cronograma mensualmente en el que se consignan las actividades programadas durante el mes siguiente acordes a las acciones establecidas en el lineamiento		DRIVE DE ACTIVIDADES DIARIAS COMPARTIDO POR LA LIDER OPERATIVA																																																																																																																																																																																			
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.		1. Presentación de soportes de actividades de realización de IEC casos COVID 19 2. Presentación de soportes diarios de actividades.		seguimientocoronavirus2020@gmail.com Notificacionesintomascovidco@gmail.com www.infocontacto.saludcapital.gov.co																																																																																																																																																																																			
5 REALIZAR LAS VISITAS EN CAMPO DE ACUERDO A LOS ANEXOS OPERATIVOS DE CADA ESPACIOS DE VIDA O COMPONENTE TRANSVERSAL		Por contingencia de salud publica no se realizan, los seguimientos a casos se realizan forma telefonica y virtual según programación de actividades de acuerdo a alerta en salud y requerimientos del estado por COVID 19.		NO APLICA																																																																																																																																																																																			
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		Firma del Contratista: <u>Paula C. Ballesteros Pérez</u> C.C. 1.018.464.637 de BOGOTA																																																																																																																																																																																					
VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS																																																																																																																																																																																							
NOMBRE: LADY VIVIANA RODRIGUEZ GALINDO. C.C. 52975862 CARGO: LIDER IEC COVID FIRMA: 																																																																																																																																																																																							
VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS																																																																																																																																																																																							
NOMBRE: MARIA CRISTINA DUARTE GARZON. C.C. 33876691 CARGO: PROFESIONAL ESPECIALIZADO EN SALUD FIRMA: 																																																																																																																																																																																							

SCAN.

DATOS DEL APORTANTE												DATOS DE LA PLANILLA					
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD	PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD				
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	PERIODO SALUD		PERIODO PENSIONES	EMPLERADOS				UPC				
									1				0				
									TOTAL A PAGAR								
CC	1018464637	Paula Carolina Ballesteros Pérez		cl 88 # 94 P. 41 INT 103	7357644	paula.ballesteros04@gmail.com											
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D. C.	NO		2020-08	2020-08	I	15/09/2020	45386952		\$289.300			

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	109.800	0		0		0	0	0	0	109.800	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	140.500	0	0	0	0	0	0		140.500	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	21.400				21.400	0	0	21.400			214	21.400	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	17.600	0	0	17.600	1

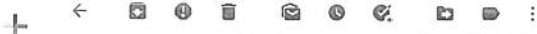
TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de ISE, LMA, PSP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	109.800	109.800
Pensión	1	140.500	140.500
Riesgos Laborales	1	21.400	21.400
CCF	1	17.600	17.600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	289.300	289.300

⚠ You're out of storage space and will soon be unable to send or receive emails until you [free up space](#) or [purchase additional storage](#). Changes to your storage space may take up to 24 hours to update.

☰ Gmail

🔍 Search mail



542

Confirmación Transacción PSE - CUS 742041297

Inbox x

serviciopse@achcolombia.com.co
to me



¡Hola, Paula Carolina Ballesteros Pérez

Gracias por utilizar los servicios de BANCO DAVIVIENDA y PSE. los siguientes son los datos de tu transacción:

Estado de la Transacción: Aprobada

CUS: 742041297

Empresa: COMPENSAR-01

Descripción: MiPlanilla.com Pago Protección Social

Valor de la Transacción: \$ 289,300

Fecha de Transacción: 14/09/2020