

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 INSUMOS Y ABASTECIMIENTO FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO		CÓDIGO: AP-IA-FT-014 VERSIÓN: 02 FECHA: 2020-05-04	
1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO					
No. CONTRATO - OPS:	PS-1736-2019	C.D.P. No.:	188	Proceso al que pertenece:	PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC
				Unidad a la que pertenece:	SALUD PUBLICA
Nombre del Contratista:		YAMILE RINCON CASTIBLANCO		C.C.	52.461.453
de:		BOGOTÁ			
Fecha Inicio:	2019-02-01	Fecha Terminación Inicial:	2019-03-03	Valor Mensual:	\$ 2.197.015
				Valor a cobrar:	\$ 2.138.542
ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	Nº CTA
1	\$ 1.550.000	536	2019-03-04	2019-04-03	1
2	\$ 4.642.870	738	2019-04-04	2019-08-03	2
3	\$ 1.599.030	1611	2019-08-04	2019-09-03	3
4	\$ 3.209.580	1901	2019-09-04	2019-10-15	4
5	\$ 2.138.232	2561	2019-10-16	2019-11-20	5
6	\$ 2.857.936	2988	2019-11-21	2020-01-03	6
7	\$ 1.442.838	3563	2020-01-04	2020-03-03	7
8	\$ 1.807.893	189			8
9	\$ 1.599.290	597	2020-03-04	2020-04-03	9
10	\$ 1.599.290	960	2020-04-04	2020-05-03	10
11	\$ 1.599.290	1397	2020-05-04	2020-06-03	11
12	\$ 1.877.093	1499	2020-06-04	2020-06-30	12
13					13
14					14
15					15
16					16
17					17
18					18
19					19
20					20
21					21
22					22
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO		PAGOS REALIZADOS	
\$ 1.705.000		\$ 27.628.342		\$ 27.628.342	
Resumen de contrato		SALDO DEL CONTRATO		\$ 0	
2. INFORME DE ACTIVIDADES REALIZADAS Y AVANCE EN CUMPLIMIENTO DEL OBJETO DEL CONTRATO					
OBJETO DEL CONTRATO					
PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO AMBIENTAL DESARROLLANDO 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:	2020-06-01	Hasta:	2020-06-30
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)		DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO			
		CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN		PRODUCTO O EVIDENCIA	
1	1. Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la E.S.E.w	Participación en reuniones del espacio público, realizada desde la coordinación y desde la estrategia Caracterización barrial y comunitaria COVID19		Actas	
2	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.	Organizar los recorridos que se realizaron a partir de los puntos ya identificados y entregados por la Secretaría Distrital de Salud, donde se identifican los grupos priorizados en las localidades de la subred atermizados a UPZ, barrios, cuadrantes y manzanas donde se registra un numero considerable de personas con mayor riesgo.		Fichas técnicas	
3	3. 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.	Se presenta cronograma por medio físico y magnetico del mes.		Cronograma en físico	
4	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.	Se realizo apoyo a las actividades que estan sujetas al objeto contractual		Actas	
5	5. Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal.	Realizar observación dirigida con el fin de identificar condiciones y factores que afectan positiva o negativamente las posibilidades sociales de distanciamiento o confinamiento mediante la aplicación del instrumento de caracterización entregado por la Secretaría Distrital de Salud		Actas de recorrido, instrumento nde caracterización, registro fotográfico y matrices en el Drive de caracterización barrial.	
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.		C.C.	52.461.453	de	BOGOTÁ
Firma del Contratista					
FIRMA DE LIDER O PROFESIONAL QUE VERIFICA LAS ACTIVIDADES					
NOMBRE:	ANGELICA RAMIREZ AREVALO CC. 53016869				
CARGO:	LIDER DE APOYO				
FIRMA					
VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS					
NOMBRE:	LUISA FERNANDA HERNANDEZ PLAZAS CC. 52713845				
CARGO:	LIDER DEL ESPACIO PUBLICO				
FIRMA					

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO
CC	52461453	YAMILE RINCON CASTIBLANCO		calle 28 C sur 13 - 17	2729901	yamir@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
UNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAMES/AÑO)	NUMERO PLANILLA	CANTIDAD
					BIMPLEADOS
					1
					0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2020-05	2020-05	I	11/06/2020	4237-758	\$152.900

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD			
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria
EPS008	Compañía EPS	860065942-7	109.800

Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Colización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
	No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
0		0		0	0	0	0	109.800	1

TOTALES PENSIÓN

TOTALES PENSION			
Código AFP	Nombre	NIT	Coligación Obligatoria
231001	Colfondos	80027940-8	26.450

Don Aportante	Aporte Voluntario Afiado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Dias Mora	Valor Mora Coloziacion	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
	0	0	0	0	0	0		26.400	1

TOTALS RIESGOS LABORALES

TOTALES RIESGOS LABORALES			
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria
14-7	Sociedad Polar S.A.	990002503-2	21.400

Categorías	Subtotal		Valor Neto Colización	Días Mora	Valor Mora Colización	Subtotal Colización	No. Radicado Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
	Valor	Valor								
Aportes Otros Sistemas	21,400	0	21,400	0	0	21,400		214	21,400	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	Componente Capital
CCF24		

	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	Nº. Afiliados
	960069942-7	5.300	0	0	5.300	1

ES PARAFISCALES

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, ISP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	109,400	109,400
Pension	1	26,400	26,400
Riesgos Laborales	1	21,400	21,400
CCF	1	5,300	5,300
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	162,900	162,900

Información básica de la planilla

Empresa: YAMILE RINCON CASTIBLANCO NIT: 52461453

Tipo Planilla: I Periodo liquidación Pensiones: mayo 2020

Sucursal o Dependencia: PRINCIPAL Periodo liquidación Salud: mayo 2020

Número de Radicación: 42971758 Total a pagar: \$162,900

Fecha de vencimiento: 11/06/2020 Total de empleados: 1

Fecha de Pago: 11/06/2020 Número de Administradoras: 4

Detalles del pago

Razón social recaudo: Compensar OI Nit recaudo: 9998600669427

Descripción: MiPlanilla.com Pago Protección Social Medio de Pago: Pago Electronico por PSE

Banco: BANCO CAJA SOCIAL Número Autorización: 650063835

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 Bolívar S.A.	1		\$0	\$21,400
231001	800227940	Colfondos	1		\$0	\$26,400
CCF24	860066942	Compensar Caja de Compensación Fliar	1		\$0	\$5,300
EPS008	860066942	Compensar EPS	1		\$0	\$109,800
						\$162,900

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