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.: 166 | 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: BOGOTA

Fecha Inicio: 2019-02-01 | Fecha Terminación inicial: 2019-03-03 | Valor Mensual: $ 2,197,015 | Valor a cobrar: $ 2,197,015

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 1,550,000	536	2019-03-04	2019-04-03
2	$ 4,642,870	733	2019-04-04	2019-05-03
3	$ 1,599,090	1611	2019-08-04	2019-09-03
4	$ 3,209,580	1901	2019-09-04	2019-10-15
5	$ 2,138,232	2561	2019-10-16	2019-11-20
6	$ 2,857,036	2983	2019-11-21	2020-01-03
7	$ 1,442,838	3563	2020-01-04	2020-03-03
8	$ 1,897,893	180		
9	$ 1,599,290	597	2020-03-04	2020-04-03
10	$ 1,599,290	960	2020-04-04	2020-05-03
11	$ 1,599,290	1357	2020-05-04	2020-06-03
12	$ 1,835,095	1494	2020-06-04	2020-06-30
13	$ 2,343,006	1657	2020-07-01	2020-07-31
14	$ 2,197,015	2353	2020-08-01	2020-08-31
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	FEBRERO	$ 1,550,000	$ 256,300	32707194
2	MARZO	$ 1,550,000	$ 256,300	33259967
3	ABRIL	$ 1,599,290	$ 256,300	33913194
4	MAYO	$ 1,599,290	$ 256,300	34540851
5	JUNIO	$ 1,599,290	$ 256,300	35178371
6	JULIO	$ 1,599,030	$ 256,300	36064811
7	AGOSTO	$ 1,599,290	$ 256,300	36436908
8	SEPTIEMBRE	$ 1,599,290	$ 256,300	37004698
9	OCTUBRE	$ 1,599,290	$ 256,300	37701116
10	NOVIEMBRE	$ 1,599,290	$ 256,300	38373262
11	DICIEMBRE	$ 1,599,290	$ 256,300	38998151
12	ENERO	$ 1,599,290	$ 256,300	39670791
13	FEBRERO	$ 1,599,290	$ 271,700	40250265
14	MARZO	$ 1,599,290	$ 271,700	41259076
15	ABRIL	$ 1,599,290	$ 271,700	41821958
16	MAYO	$ 1,599,290	$ 157,690	42200830
17	JUNIO	$ 156,452	$ 157,690	42971758
18		$ 1,982,690		
19	JULIO	$ 2,197,015	$ 272,100	43985967
20	AGOSTO	$ 2,197,015	$ 272,100	44631354
21				
22				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 1,705,000	$ 32,127,265	$ 32,022,372	$ 104,893

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 perio- Desde: 2020-08-01 Hasta: 2020-08-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUTO 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	Participacion en reuniones del espacio publico, realizada desde la coordinacion y desde la estrategia Caracterizacion 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 Secretaria Distrital de Salud, donde se identifican los grupos priorizados en las localidades de la subred, aterrizados a UPZ, barrios, cuadrantes y manzanas donde se registra un numero considerable de personas con mayor riesgo.	Fichas tecnicas
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 las diferentes estándares de habilitación y acreditación de servicios de salud.	Se presenta cronograma por medio fisico y magnetico del mes.	Cronograma en fisico
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 las 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 observacion 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 Secretaria Distrital de Salud	Actas de recorrido, instrumento rde caracterización, registro fotografico 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

YAMILE RINCÓN C.
Firma del Contratista

C.C. 52,461,453 de BOGOTÁ

FIRMA DE LIDER O PROFESIONAL QUE VERIFICA LAS ACTIVIDADES	
NOMBRE:	RAMIRO RAMIREZ AREVALO
CARGO:	LIDER CARACTERIZACION BARRIAL
FIRMA	
VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	LUISA FERNANDA HERNANDEZ PLAZAS
CARGO:	LIDER DEL ESPACIO PUBLICO
FIRMA	

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	52461453	YAMILE RINCON CASTIBLANCO	calle 28 C sur 13 - 17	2723901	yamixr@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	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2020-07	2020-07	I	10/08/2020	44631354	$277.400	

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	109.900	0		0		0	0	0	0	109.900	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	140.700	0	0	0	0	0	0		140.700	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										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	21.500				21.500	0	0	21.500			215	21.500	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	5.300	0	0	5.300	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	109.900	109.900
Pensión	1	140.700	140.700
Riesgos Laborales	1	21.500	21.500
CCF	1	5.300	5.300
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	277.400	277.400

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

compensar | miplanilla.com

REPORTE RESUMEN DE PAGO

Información básica de la planilla

Empresa:	YAMILE RINCON CASTIBLANCO	**NIT:**	52461453
Tipo Planilla:	I	**Periodo liquidación Pensiones:**	julio 2020
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	julio 2020
Número de Radicación:	44631354	**Total a pagar:**	$277,400
Fecha de vencimiento:	30/09/2020	**Total de empleados:**	1
Fecha de Pago:	10/08/2020	**Número de Administradoras:**	4

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	**Nit recaudo:**	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	**Medio de Pago:**	Pago Electronico por PSE
Banco:	BANCO CAJA SOCIAL	**Número Autorización:**	708092691
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 Bolivar S.A.	1		$0	$21,500
231001	800227940	Colfondos	1		$0	$140,700
CCF24	860066942	Compensar Caja de Compensacion Fliar	1		$0	$5,300
EPS008	860066942	Compensar EPS	1		$0	$109,900
						$277,400

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

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