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: 01
FECHA: 2017-07-07

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: OPS-1877-2019 **C.D.P. No.:** 188
Proceso al que pertenece: PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC
Unidad a la que pertenece: SALUD PUBLICA - ESPACIO PUBLICO

Nombre del Contratista: LEIDY YOHANA ORTIZ FONSECA **C.C.** 53.165.810 **de:** BOGOTÁ

Fecha Inicio: 2019-01-02 **Fecha Terminación incial:** 2019-03-03 **Valor Mensual:** $ 3.095.400 **Valor a cobrar:** $ 3.095.400

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 3.000.000	536	2019-03-04	2019-04-03
2	$ 8.986.200	738	2019-04-04	2019-03-08
3	$ 3.095.400	1611	2019-08-04	2019-09-04
4	$ 6.706.485	1901	2019-09-05	2019-10-15
5	$ 4.138.458	2561	2019-10-16	2019-11-20
6	$ 5.540.984	2988	2019-11-21	2019-01-03
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
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	$ 3.000.000	$ 371.300	32971846
2	MARZO	$ 3.000.000	$ 371.300	33656761
3	ABRIL	$ 3.095.400	$ 371.300	34215020/34286074
4	MAYO	$ 3.095.400	$ 383.200	34215020/34286074
5	JUNIO	$ 3.095.400	$ 383.200	35347012
6	JULIO	$ 3.095.400	$ 383.200	36009169
7	AGOSTO	$ 3.095.400	$ 383.200	36601101
8	SEPTIEMBRE	$ 3.095.400	$ 383.200	37406003
9	EXTRAS-SEPT	$ 504.690	$ 445.700	37905430
10	OCTUBRE	$ 3.095.400	$ 445.700	37905430
11	NOVIEMBRE	$ 3.095.400	$ 383.200	38678948
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 3.300.000	$ 34.767.527	$ 31.267.890	$ 3.499.637

2. INFORME DE ACTIVIDADES REALIZADAS Y AVANCE EN CUMPLIMIENTO DEL OBJETO DEL CONTRATO

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN TRABAJO SOCIAL 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 period **Desde:** 2019-11-01 **Hasta:** 2019-11-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	1. Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE.	Revision documental y bases de datos de las acciones realizadas en el espacio público. Infografia local del Espacio Público de acuerdo al tema asignado por la Secretaria Distrital de Salud con el producto concertado en asistencias técnicas desde nivel central. Infografia Distrital de acuerdo al tema asignado por la Secretaria Distrital de Salud con el producto concertado en asistencias técnicas desde nivel central. Avance del documento síntesis de análisis como aporte al proceso transversal de gobernanza para el al Análisis de Situación en Salud. Avance de un articulo en toda la vigencia con características científicas de publicación que contenga los resultados del Espacio Público. Participar en las asistencias técnicas de la SDS Articulación de la estrategia de Monitoreo operativo a la implementación del Espacio Público en UPZ priorizadas entre las 4 sub redes del distrito Reunión mensual con el equipo de Gestión, seguimiento y monitoreo para la implementación de las acciones integradas de espacio publico. Participar en reuniones de análisis de la situación en salud con el grupo ASIS (Grupo funcional Vejez, Adultez, Infancia y Juventud). Reunion con Gestion sistemas de Infomacion. Entrega de infografia distrital y local con concepto favorable. Reunion gerentes de Barrios promotores de salud urbana de las 4 subredes del distrito
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 contenido en el Contrato suscrito con el Fondo Financiero Distrital.	Presentacion de soportes para la estrategia Monitoreo y seguimiento del espacio publico en upz Priorizadas solicitados (actas, plande trabajo y listados) con el fin de corroborar las actividades contractuales.
3	3. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.	Cronograma de las acciones a realizar en la estrategia de monitoreo y seguimiento del espacio publico en upz Priorizadas.
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 estadares de habilitación y acreditación de servicios de salud.	Se apoyan las diferentes acciones inherentes al objeto del contrato en pro del mejoramiento y calidad de los servicios
5	5. Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos opetarivos de cada espacio de vida o componente transversal.	Se presenta el cronograma de actividades del mes - preauditorias

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

C.C. 53.165.810 **de** BOGOTÁ

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	ADRIANA HIGUERA
CARGO:	LIDER DE ESPACIO PUBLICO
FIRMA	Adriana Higuera

REVISADO

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	53165810	LEIDY YOHANA ORTIZ FONSECA	CARRERA 81F No 52 A 40 Sur	2734988	leidyortizf@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	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2019-10	2019-10	I	13/11/2019	38678948	$410.300	

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	154.800	0		0		0	7	800	0	155.600	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	198.200	0	0	0	0	7	1.100	0	199.300	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	30.200				30.200	7	200	30.400			302	30.400	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	24.800	7	200	25.000	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	154.800	155.600
Pensión	1	198.200	199.300
Riesgos Laborales	1	30.200	30.400
CCF	1	24.800	25.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	408.000	410.300

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	53165810	LEIDY YOHANA ORTIZ FONSECA		CARRERA 81F No 52 A 40 Sur	2734988	leidyortizf@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: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2019-10	2019-10	I	13/11/2019	38678948	$410.300

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colombiano en el exterior	Extranjero	IRG	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
1	CC	53165810	ORTIZ FONSECA LEIDY YOHANA	59	0			N																	25-14	1.238.200	198.200	0	0	0	0	EPS008	1.238.200	154.800	14-7	1.238.200	3	30.200	CCF24	1.238.200	24.800	0	0	0	0	0

PAGADA

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

DAVIVIENDA

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS
519968383

Destino de pago
COMPENSAR-OI

Motivo
MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Fecha
12/11/2019

Número de aprobación
00968383

Dirección IP
190.130.76.91

Valor transacción
$ 410.300,00

Referencia 1	Referencia 2	Referencia 3
190.130.76.91	CC	53165810

Banco Davivienda S.A. Todos los derechos reservados 2017.