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:	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:	$ 3,570,149	**Valor a cobrar:**	$ 3,523,706

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	2020-01-03
7	$ 2,792,586	3563	2020-01-04	2020-03-03
8	$ 3,499,148	189		
9	$ 2,400,000	597	2020-03-04	2020-04-03
10	$ 3,095,400	960	2020-04-04	2020-05-03
11	$ 3,095,400	1397	2020-05-04	2020-06-03
12	$ 658,414	1499	2020-06-04	2020-06-30
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

N° 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	DICIEMBRE	$ 3,095,400	$ 383,200	39282907
13	ENERO	$ 1,547,700	$ 383,200	544741100
14	FEBRERO	$ 1,547,700	$ 271,700	40639303
15	MARZO	$ 3,095,400	$ 271,700	41220097
16	ABRIL	$ 3,095,400	$ 383,200	41951913
17	MAYO	$ 3,095,400	$ 222,200	42594835
18	JUNIO	$ 302,811 $ 3,220,895	$ 222,200	43415295
19				
20				
21				

Resumen de contrato	VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
	$ 3,000,000	$ 50,008,475	$ 50,268,596	$ 0

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 periodo: **Desde:** 2020-06-01 **Hasta:** 2020-06-30

	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 ene l marco del contrato suscrtitocon FFD Y E.S.E	Participación en reuniones del espacio publico, realizada desde la coordinación y desde la Estrategia de Caracterización barrial y comunitaria COVID19	Actas
2	2. Apoyar la prestacion de servicios en el PIC, presentando la informacion y/o soportes que soliciten y 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 aterrizados a UPZ, barrios, cuadrantes y manzanas donde se registra un número considerable de personas con mayor riesgo. * Articulacion con el proceso de Gobernanza, vigilancia comunitaria y el equipo de fortalecimiento comunitario para la prevención y mitigación del riesgo en COVID-19 del espacio público y participación social para el contacto con líderes, organizaciones, sectores y unidades informadoras. * Participación en análisis de resultados que se realizará por parte de Vigilancia Comunitaria en Salud Pública, Vigilancia Epidemiológica de Transmisibles, ASIS Local de acuerdo con la información obtenida para realizar de forma conjunta la validación de los riesgos identificados y se promuevan acciones de respuesta desde los espacios de vida cotidiana y procesos transversales en cada Subred que fortalezcan la prevención del riesgo, autocuidado y cuidado mutuo. * Participación en asistencia tecnica de las estrategias de Caracterización barrial y comunitaria COVID19 * Articulación con el proceso de Gobernanza frente a las acciones que se realizan desde las estrategias de Caracterización barrial y comunitaria COVID19 * Participación y articulación en la mesa de trabajo con Gobernanza y Participación Social. * Elaboración de documento ejecutivo mensualmente de la caracterización realizada en el contexto barrial y los resultados obtenidos y con la medición de los indicadores del producto. * Control de calidad del diligenciamiento de la información en campo.	Herramientas WEB Actas Instrumento de caracterizacion barrial y comunitaria
3	3, Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar	Se presenta cronograma por medio fisico y magnetico del mes	Cronograma por medio 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 mejormiento de los diferentes estandares de habilitacion y acreditacion del servicio 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, contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato	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 en las zonas de cuidado especial de la subred centro oriente. Realizacion de encuentas a residentes seleccionados en las muestras por conveniencias y probabilistica en conglomerados en los microterritorios de las localidades de la subred integrada de servicios en salud centro oriente.	Instrumento de caracterizacion barrial y comunitaria Encuestas entregadas al espacio vivienda Matrices Drive

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:	ANGELICA RAMIREZ AREVALO CC. 53016869
CARGO:	PROFESIONAL DE APOYO
FIRMA	
NOMBRE:	LUISA FERNANDA HERNANDEZ PLAZA CC. 52713845
CARGO:	REFERENTE 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	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	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2020-05	2020-05	I	17/06/2020	43415295	$247.000	

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	0	0	0	154.800	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	37.200	0	0	0	0	0	0		37.200	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	0	0	30.200			302	30.200	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	0	0	24.800	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	154.800
Pensión	1	37.200	37.200
Riesgos Laborales	1	30.200	30.200
CCF	1	24.800	24.800
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	247.000	247.000

PAGADA 43415295

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

DAVIVIENDA

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS
654862002

Destino de pago
COMPENSAR-OI

Motivo
MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Fecha
16/06/2020

Número de aprobación
00862002

Dirección IP
186.84.90.63

Valor transacción
$ 247.000,00

Referencia 1	Referencia 2	Referencia 3
186.84.90.63	CC	53165810

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