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-1680-2019	**C.D.P. No.:**	188	**Proceso al que pertenec**	PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC
				Unidad a la que pertene	SALUD PUBLICA - VIVIENDA

Nombre del Contratista: LEIDY GERALDINE VARGAS CORTES **C.C.** 1.023.941.963 **de:** BOGOTÁ D.C

Fecha Inicio: 2019-04-01 **Fecha Terminación Incial:** 2019-03-03 **Valor Mensua** $ 3.570.149 **Valor a cobrar:** $ 3.570.149

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	2019-08-03
3	$ 3.095.336	1611	2019-08-04	2019-09-03
4	$ 6.201.800	1901	2019-09-04	2019-10-15
5	$ 6.662.108	2562	2019-10-16	2019-11-20
6	$ 6.409.563	2989	2019-11-21	2020-01-03
7	$ 2.792.589	3563	2020-01-04	2020-03-03
8	$ 3.499.148	189	2020-02-01	2020-03-03
9	$ 3.095.400	597	2020-03-04	2020-04-03
10	$ 3.095.400	960	2020-04-04	2020-05-03
11	$ 3.902.896	1397	2020-05-04	2020-06-03
12	$ 3.030.812	1499	2020-06-04	2020-06-30
13	$ 7.330.391	1657	2020-07-01	2020-08-31
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD	NÚMERO DE PLANILLA
1	FEBRERO	$ 3.000.000	$ 371.300	33059738
2	MARZO	$ 3.000.000	$ 371.300	33638126
3	ABRIL	$ 3.095.400	$ 371.300	33638126
4	MAYO	$ 3.095.400	$ 383.200	34796394
5	JUNIO	$ 3.095.400	$ 383.200	35504154
6	JULIO	$ 3.095.336	$ 383.700	36032248
7	AGOSTO	$ 3.095.400	$ 383.200	36600871
8	SEPTIEMBRE	$ 3.095.400	$ 383.200	37325789
9	EXTRAS	$ 841.142	$ 519.800	38095921 - 38255171
10	OCTUBRE	$ 3.095.400	$ 519.800	38095921 - 38255171
11	EXTRAS	$ 841.142	$ 519.800	38095921 - 38255171
12	NOVIEMBRE	$ 3.095.400	$ 518.800	38649077
13	EXTRAS	$ 841.142	$ 518.800	38649077
14	DICIEMBRE	$ 3.095.400	$ 518.800	39274291
15	EXTRAS	$ 841.142	$ 518.800	39274291
16	ENERO	$ 3.095.400	$ 518.800	39969871
17	FEBRERO	$ 3.095.400	$ 383.200	40660313
18	MARZO	$ 3.095.400	$ 383.200	41192153
19	ABRIL	$ 3.095.400	$ 383.200	41889648
20	MAYO	$ 3.095.400	$ 247.000	42584838
21	EXTRAS MAYO	$ 538.331	$ 290.000	43350705
22	JUNIO	$ 302.814	$ 290.000	43350705
23		$ 3.220.898		
24	JULIO	$ 3.570.149	$ 464.400	44078460

Resumen de contrato	VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
	$ 3.300.000	$ 61.401.643	$ 50.238.435	$ 4.069.347

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN ENFERMERIA 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 peri **Desde:** 2020-07-01 **Hasta:** 2020-07-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCION DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS 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 el espacio vivienda de acuerdo a lineamientos establecidos de la secretaria de salud y cumplir con los direccionamientos respectivos desde el supervisor del contrato	Cronograma mensual de actividades, actas de reunión, acta de apropiación de lineamientos
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	Seguimiento telefónico a cohortes priorizadas por SDS, incluyendo planes familiares con acciones en curso al mes de Marzo Identificación de riesgos en la familia a partir del evento o prioridad por la que es abordada. Identificacion de personas de alta vulnerabilidad, condiciones generales de salud, con especial énfasis en enfermedad respiratoria y aspectos claves para covid-19 Brindar Información en salud y establecer compromisos de acciones que la familia puede y debe realizar en su vivienda, en el marco de la cuarentena Realizar acciones de activación de rutas acorde a necesidad	Base vsp link de retroalimentación, link de ángeles guardianes, formato de implementación familiar y de canalizaciones
3	Presentar mensualmente las actividades a desarrollar. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.	Reporte diario de familias con seguimientos telefónicos discriminados por localidad y upz, cantidad de canalizaciones, activaciones de ruta, casos sospechosos y confirmados de covid19 y familias direccionadas a profesional de psicologia.	Drive de reporte diario de seguimientos SRCO, drive de canalización de casos a profesional de psicologia, listados de asistencia
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	Apoyo a otras actividades que sean asignadas desde coordinación	Formato de caracterización a población priorizada en zonas de cuidado especial por covid19, y realización de
5	Realizar seguimientos de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal	Realizar seguimientos telefónicos según meta programada y asignación de bases de manera diaria	Bases dispuestas para registro de llamados telefónicos y formato de implementación

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

Geraldin Vargas
Firma del Contratista

C.C. 1.023.941.963 **de** BOGOTÁ D.C

FIRMA DEL LIDER O PROFESIONAL QUE VERIFICA LAS ACTIVIDADES	
NOMBRE:	LILIANA TELLEZ VALBUENA - CC51933284
CARGO:	LIDER OPERATIVO - FAMILIAS
FIRMA	Liliana Téllez V.
VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS CC 52933
CARGO:	REFERENTE ESPACIO VIVIENDA
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	1023941963	LEIDY GERALDINE VARGAS CORTES	Cra 7 Bis N 68 29 Sur	7612899	geral_2404@hotmail.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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2020-06	2020-06	I	15/07/2020	44078460	$464.400	

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	176.200	0		0		0	0	0	0	176.200	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
230301	Porvenir	800224808-8	225.600	0	0	0	0	0	0		225.600	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 Bolívar S.A.	860002503-2	34.400				34.400	0	0	34.400			344	34.400	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	28.200	0	0	28.200	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	176.200	176.200
Pensión	1	225.600	225.600
Riesgos Laborales	1	34.400	34.400
CCF	1	28.200	28.200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	464.400	464.400

PAGADA 44078460

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

avvillas.com.co/Banking/pb/payments/pse/psePayment/submit

Banco AV Villas

Resultado del pago

LEIDY GERALDINE VARGAS CORTES .
Fecha: 14/07/2020 08:03 PM
Último ingreso: 14/07/2020 07:21 PM

Esta pantalla le permite ver el resultado su pago.

¡FELICITACIONES!:
PAGO EXITOSO

Tu Pago COMPENSAR-OI - MiPlanilla.com Pago Proteccion Social-44078460 ha sido exitoso.
Tu número de autorización es 52620356.

Genera tus claves desde tu Smartphone sin esperar para recibirlas, descargando y activando la App Seguridad AV Villas

REGRESAR

Último acceso: 14/07/2020 07:21 PM Acceso actual: 14/07/2020 08:03 PM IP de acceso: 181.53.12.71

Escribe aquí para buscar

20:03
14/07/2020