

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: PS-1680-2019 C.D.P. No.: 188 Proceso al que pertenece: PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC
Unidad a la que pertenece: SALUD PUBLICA - 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 inicial: 2019-03-03 Valor Mensual: \$ 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 SOCIAL	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		\$ 302.814		
23	JUNIO	\$ 3.220.898	\$ 290.000	43350705
24	JULIO	\$ 3.570.149	\$ 464.400	44078460
25	AGOSTO	\$ 3.570.149	\$ 470.500	44634388

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	\$ 499.198

2. INFORME DE ACTIVIDADES REALIZADAS Y AVANCE EN CUMPLIMIENTO DEL 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 periodo Desde: 2020-08-01 Hasta: 2020-08-31

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO 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. Identificación 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 psicología.	Drive de reporte diario de seguimientos SRCO, drive de canalización de casos a profesional de psicología, 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 salud	Apoyo a otras actividades que sean asignadas desde coordinación	Formato de caracterización a población priorizada en zonas de severidad por covid19, y realización de muestreo para covid19
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 físico

Observaciones:

Se anexa certificación de pago a Salud, pension y ARL.

En caso de tener contrato nuevo se debe anexar también la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro

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 Tellez Valbuena

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS

NOMBRE: LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS CC 52933672

CARGO: REFERENTE ESPACIO VIVIENDA

FIRMA: Laydi Viviana Martinez Oliveros

TIPO		DATOS DEL APORTANTE					EXONERADO PAGO PAFISCALES Y SALUD
	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	
CG	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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES			
2020-07	2020-07	1	11/08/2020	44634388
				CANTIDAD
				EMPLAÇOS
				UPC
				1
				0
				TOTAL A PAGAR
				\$470.500

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD			
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	178.600

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		UPC Adicional	Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor		No. Autorización	Valor					
EPS08	Compensar EPS	860066942-7	178.60g		0	0		0	0	0	0	178.600	1

TOTALES PENSIÓN

TOTALES PENSION												
Código AFP	Nombres	NIT	Colización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporta Voluntaria Aportante	Aporta FSP - Solidaridad	Aporta FSP - Subsistencia	Días Mora Colación	Valor Mora Colación	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	860224808-8	228.500	0	0	0	0	0	0		228.500	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

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 Sutilar S.A.	860002500-2	34.800				34.800	0	0	34.800			348	34.800	1

TOTALES CAJAS

		TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Diag. Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	Nº. Afiliados		
CCF24	Compañía Caja	860066942-7	26.600	0	0	26.600	1		

TOTALES PARASCALAS

TOTALES PARA FASES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
		SENA		
0	0		0	0
		ICBF		
0	0		0	0
		ESAP		
		MEN		

TOTALES POR SUBSISTEMA

TOTALES POR SUBSISTEMA		
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora
Salud	1	178.600
Pensión	1	228.500
Riesgos Laborales	1	34.800
CCF	1	28.600
ESAP	0	0
ICBF	0	0
MEN	0	0
SENA	0	0
TOTALES	4	470.500

TPO		NÚMERO	DATOS DEL APORTANTE					EXONERADO PAGO PARA FISCALES Y SALUD	
			NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO			
CC		1023941963	LEIDY GERALDINE VARGAS CORTES		Cra 7 B N 69 29 Sur	7612899	geral_2404@gmail.com		
FORMA PRESENTACIÓN		CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCUREAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO			
ÚNICA		1 - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.			

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD	
				EMPL-EA- cos	UPC 0
PISICO SALUD	PERIODO PENSIONE			1	0
2020-07	2020-07	I	11/08/2020	44634386	TOTAL A PAGAR \$470.500

DETALLE POR COTIZANTE

[illegible]



Resultado del pago

LEIDY GERALDINE VARGAS CORTES

Fecha: 10/08/2020 06:34 PM

Último ingreso: 09/08/2020 07:43 PM

Esta pantalla le permite ver el resultado su pago.



¡FELICITACIONES!
PAGO EXITOSO

Tu Pago COMPENSAR-OL - MiPlanilla.com Pago Proteccion Social-44634388 ha sido exitoso.
Tu número de autorización es 52529243.

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

REGRESAR

Último acceso: 09/08/2020 07:43 PM Acceso actual: 10/08/2020 06:34 PM IP de acceso: 181.53.12.71

Escribe aquí para buscar

