74

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:	4214 2020	**C.D.P. No.:**	1272
Proceso al que pertenece:	PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC		
Unidad a la que pertenece:	SALUD PUBLICA - ESPACIO VIVIENDA		
Nombre del Contratista:	MANUEL ALFONSO CASTILLO GONZALEZ	**C.C.**	1.015.459.376
de:	BOGOTA		
Fecha Inicio:	2020-05-18	**Fecha Terminación incial:**	2020-06-03
Valor Mensual:	$ 3.570.149	**Valor a cobrar:**	$ 3.570.149

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 3.148.303	1499	2020-06-04	2020-06-30
2	$ 7.212.899	1657	2020-07-01	2020-08-31
3	$ 7.140.298	2710	2020-09-01	2020-10-31
4	$ 2.405.970	3615	2020-11-01	2020-11-20
5	$ 1.183.582	3782	2020-11-21	2020-11-30
6				
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	MAYO	$ 1.650.880	$ 157.600	42724989
2	JUNIO	$ 302.814 $ 3.220.898	$ 157.600	42724989
3	JULIO	$ 3.570.149	$ 441.900	43946437
4	AGOSTO	$ 3.570.149	$ 441.900	44630601
5	SEPTIEMBRE	$ 3.570.149	$ 441.900	45338102
6	OCTUBRE	$ 3.570.149	$ 441.900	45933604
7	NOVIEMBRE	$ 3.570.149	$ 441.900	46597400
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				

Resumen de contrato	VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
	$ 2.063.621	$ 23.154.673	$ 23.025.337	$ 129.336

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SUS SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO EN INGENIERIA AMBIENTAL DESARROLANDO ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO OREINTE E.S.E

Relación de actividades para el periodo **Desde:** 2020-11-01 **Hasta:** 2020-11-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUTO O EVIDENCIA
1	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 los lineamientos establecidos en el mes de Mayo acorde a la contingencia del COVID - 19 de la Secretaría de Salud y cumplir con los direccionamientos dados por la supervisora del contrato	Soportes en carpetas de gestión documenial, diligenciamiento de formatos de lectura de lineamientos, de aboedaje a zonas de cuidado especial en el marco de la pandemia
2	Apoyar las prestaciones de servicios en el PIC presentando la informacion y "o" soporte que soliciten y que corresponden al objeto o actividades contractuales y de acuerdo al anexo y lineamientos contenidos en el contrato suscrito con el fondo financiero distrital	Diligenciamiento de base de datos según seguimientos telefónicos en Promoción de la Salud y gestión de residuos IPM (Instituciones de persona mayores), enfocadas principalmente en garantizar las adecuadas condiciones para el cuidado y protección de esta población, fomentando medidas de prevención, control y mitigación del contagio, así como apoyar en las actividades para atender situaciones emergentes que se generen en el marcho de la mencionada contingencia. Realizar recomendaciones en materia sanitaria con el fin de fomentar buenas prácticas que conduzcan al cuidado en salud integral del adulto mayor. Realizar el proceso de canalización en adultos mayores que requieran atención en salud. Realizar seguimiento telefónico a los establecimientos para identificar focos de riesgo de tipo sanitario o médico. Apoyo a contingencias que se presenten en IPM y presenciar y apoyar las asistencias técnicas de la SDS	Soporte en medio magnético: Tablero de control IPM, base de Seguimiento IPM, tablero control factura IPM, seguimiento no presencial tel virtual, base de canalización, formato excel de canalización
3	Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar contenidos en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato	Diligenciamiento del cronograma mensual en el que se consignan las actividades programadas acordes con el lineamiento	Soporte en medio magnético: Plan Operativo cronograma mensual
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 estandares de habitacion y acreditacion de servicios de salud	Apoyar las actividades que se programen o emerjan en la constingencia del COVID-19 que estén relacioandas con el objeto del contrato.Seguimiento telefónico y diligenciamiento de los formatos correspondientes siguiendo los estándares de calidad que demanda la Subred y que están definidos en el lineamiento	Soporte en medio magnético: Tablero de control IPM, base de Seguimiento IPM, tablero control factura IPM, seguimiento no presencial tel virtual, base de canalización, formato excel de canalización
5	Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal	Realizar seguimiento en IPM según requerimientos de SDS y según lienamientos, cuando: la información telefónica obtenida no sea veraz, cuando no se posible contactar telefónicamente al IPM, cuando en el seguimiento se identifiquen falencias en la adopción de recomendaciones, cuando en el establecimiento existan pacientes con COVID-19 positivo.	Soportes en carpetas de gestión documental, aplicación de formatos contingencia a IPM formato de aplicación entrevistas administrativos de IPM, formatos de caracterización en zona de alerta naranja
6			

Observaciones:

Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL.
En caso de tener contrato nuevo se debe anexar tambien la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro

Manuel C.
Firma del Contratista

C.C. 1.015.459.376 **de** BOGOTA

FIRMA DEL LIDER O PROFESIONAL QUE VERIFICA LAS ACTIVIDADES	
NOMBRE:	LAURA ESPINEL CASTRO CC 1049621473
CARGO:	LÍDER ESPACIO VIVIENDA
FIRMA	Laura Espinel C.
VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS CC 52933672
CARGO:	REFERENTE ESPACIO VIVIENDA
FIRMA	Laydi Viviana Martinez O.

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	1015459376	MANUEL ALFONSO CASTILLO GONZALEZ	calle 19B#81B-30	6942113	mcastillo130196@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	
2020-10	2020-10	I	10/11/2020	46597400	$441.900	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	178.600	0		0		0	0	0	0	178.600	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
230301	Porvenir	800224808-8	228.500	0	0	0	0	0	0		228.500	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	34.800				34.800	0	0	34.800			348	34.800	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

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	178.600	178.600
Pensión	1	228.500	228.500
Riesgos Laborales	1	34.800	34.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	441.900	441.900

PAGADA 46597400

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	1015459376	MANUEL ALFONSO CASTILLO GONZALEZ	calle 198#81B-30	6942113	mcastillo130196@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
2020-10	2020-10	I	10/11/2020	46597400	$441.900

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	IGE	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	SLN	IGE	LMA	SAL	AVP	VCT	INL	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	1015459376	CASTILLO GONZALEZ MANUEL ALFONSO	57	0			N															230301	1.428.100	228.500	0	0	0	0	EPS005	1.428.100	178.600	14-11	1.428.100	3	34.800		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Banco de Bogotá

Compras y Pagos Virtuales

Datos de Confirmación de su compra o pago realizado

"Su transacción ha sido exitosa."
Esta transacción será sujeta a verificación

Este pago se realizó en: 00:01:05 seg

Número de Autorización:	418202
Pagado Desde:	Cuenta de ahorros ******6754
Valor Pagado:	$441,900.00
Pagado a:	COMPENSAR-OI
Nit del Comercio:	9998600669427
Número de Factura:	46597400
Número Único de Compra (CUS):	795519411
Fecha y Hora de Pago:	martes, 10 de noviembre de 2020, 10:24 AM
Dirección IP:	186.84.90.63