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 1881-2019 | 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: | ASTRID CAROLINA ACOSTA PALACIO | C.C. | 1.023.891.211 de: BOGOTÁ |
| Fecha Inicio: | 2019-02-01 | Fecha Terminación incial: | 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 | $ 2.964.904 | 1704 | 2019-08-04 | 2019-09-03 |
| 4 | $ 6.201.800 | 1901 | 2019-09-04 | 2019-10-15 |
| 5 | $ 4.138.458 | 2561 | 2019-10-14 | 2019-11-20 |
| 6 | $ 5.540.984 | 2988 | 2019-10-21 | 2020-01-03 |
| 7 | $ 2.792.589 | 3563 | 2020-01-04 | 2020-03-03 |
| 8 | $ 3.499.148 | 189 | | |
| 9 | $ 3.095.400 | 597 | 2020-03-04 | 2020-04-03 |
| 10 | $ 3.095.400 | 960 | 2020-04-04 | 2020-05-03 |
| 11 | $ 3.095.400 | 1357 | 2020-05-04 | 2020-06-03 |
| 12 | $ 2.991.149 | 1499 | 2020-06-04 | 2020-06-30 |
| 13 | $ 7.370.054 | 1657 | 2020-07-01 | 2020-08-31 |
| 14 | $ 7.140.300 | 2710 | 2020-09-01 | 2020-10-31 |
| 15 | $ 2.405.970 | 3615 | 2020-11-01 | 2020-11-20 |
| 16 | $ 1.183.582 | 3782 | 2020-11-21 | 2020-11-30 |
| 17 | $ 1.785.000 | 3952 | 2020-12-01 | 2020-12-15 |
| 18 | $ 5.355.224 | 4112 | 2020-12-16 | 2021-01-31 |
| 19 | | | | |
| 20 | | | | |
| 21 | | | | |
| 22 | | | | |
| 23 | | | | |

| Nº CTA | MES DE CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR | VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL | NÚMERO DE PLANILLA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | FEBRERO | $ 2.869.504 | $ 371.300 | 8332557702 |
| 2 | MARZO | $ 3.000.000 | $ 371.300 | 8333133837 |
| 3 | ABRIL | $ 3.095.400 | $ 371.300 | 8333749392 |
| 4 | MAYO | $ 3.095.400 | $ 383.200 | 8334358178 / 834880560 |
| 5 | JUNIO | $ 3.095.400 | $ 383.200 | 8335466568 |
| 6 | JULIO | $ 3.095.400 | $ 383.200 | 8335602247 |
| 7 | AGOSTO | $ 3.095.400 | $ 383.200 | 8336270482 |
| 8 | SEPTIEMBRE | $ 3.095.400 | $ 383.200 | 8336898401 |
| 9 | OCTUBRE | $ 3.095.400 | $ 383.200 | 8337537353 |
| 10 | NOVIEMBRE | $ 3.028.109 | $ 383.200 | 8338205344 |
| 11 | DICIEMBRE | $ 3.095.400 | $ 383.200 | 8338829109 |
| 12 | ENERO | $ 3.095.400 | $ 383.200 | 8339502387 |
| 13 | FEBRERO | $ 3.095.400 | $ 383.200 | 8340141869 |
| 14 | MARZO | $ 3.095.400 | $ 383.200 | 8340764185 |
| 15 | ABRIL | $ 3.095.400 | $ 383.200 | 8341430425 |
| 16 | MAYO | $ 3.095.400 | $ 222.300 | 8342583445 |
| 17 | JUNIO | $ 302.811 | $ 222.200 | 8343413417 |
| 18 | | $ 3.220.895 | | |
| 19 | JULIO | $ 3.570.149 | $ 441.900 | 8344022642 |
| 20 | AGOSTO | $ 3.570.149 | $ 441.900 | 8344717160 |
| 21 | SEPTIEMBRE | $ 3.570.149 | $ 441.900 | 8344508362 |
| 22 | OCTUBRE | $ 3.570.149 | $ 441.900 | 8345992068 |
| 23 | NOVIEMBRE | $ 3.570.149 | $ 441.900 | 8346482144 |
| 24 | DICIEMBRE | $ 3.570.149 | $ 441.900 | 8347282471 |
| 25 | ENERO | $ 3.570.149 | $ 441.900 | 47282514 |

**Resumen de contrato**

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 3.300.000 | $ 77.941.562 | $ 77.652.562 | $ 289.000 |

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

**OBJETO DEL CONTRATO**

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN EDUCACION FISICA 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 perioc** Desde: 2021-01-01 Hasta: 2021-01-31

| | 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 en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE. | Acciones requeridas para los productos de la accion integrada 1, producto 3 , actividad 1 Acciones de Informacion y educacion en COVID-19 en el Espacio Publico, para la prevencion de la salud mental , alimentacion saludable, actividad fisica y prevencion de enfermedades transmisibles (COVID-19) | Como soporte se entrega acta de reunion por cada actividad realizada en las localidades. Socializando, informando y educando a la poblacion sobre las prevencion del COVID -19 y la promocion de la practica de actividad fisica en casa. |
| 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 anexosy lineamientos contenidos en el Contrato suscrito con el Fondo Financiero Distrital. | * De acuerdo a las actividades ejecutadas se realizara la elaboración y entrega de soportes requeridos para el presente mes. | Se socializa a la comunidad sobre promocion de la practica de actividad fisica y habitos saludables en el hogar, se realiza soporte fotografico de la actividad el cual es cargado a un DRIVE |
| 3 | 3. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. | Se presenta el cronograma de actividades del mes - preauditorias, entrega de acta de reuniones | Se realiza acta de reunion con la apropiacion conceptual de los lineamientos, entrega de cronograma del mes y alistamientos de los apoyos ludico pedagogicos |
| 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 estándares de habilitación y acreditación de servicios de salud. | Se realizan acciones de Informacion y educacion en COVID-19 en el Espacio Publico, para la promocion de la salud mental , alimentacion saludable, actividad fisica y prevención de enfermedades transmisibles (COVID-19) Se brindan las siguientes recomendaciones con el fin de promover la practica de actividad fica en casa: Muévete en casa:<br>1. No prolongar más de lo habitual el tiempo en la cama, utiliza alarmas para programar tus tiempos de trabajo, actividad física o descanso.<br>2. Hidratarse bien y ajusta tu dieta a las necesidades calóricas del día.<br>3. Organiza el día para dedicar por lo menos 30 minutos a realizar algún tipo de ejercicio o actividad física, puedes encontrar diversos ejemplos en redes sociales y en las páginas web de recreación y deportes a nivel nacional (Ministerio del Deporte @MinDeporteCol , IDRD @IDRDBogota y sitios web de gimnasios) . Adapta y adopta la rutina que más se ajuste a tus preferencias y gustos.<br>4. Si teletrabajas o realizas home office recuerda realizar pausas activas por lo menos cada 60 minutos, aprovecha para levantarte y hacer estiramientos.<br>5. Para no perder fuerza en las piernas o miembros inferiores, puedes hacer 15 sentadillas o subir o bajar escaleras (si te es posible dentro del hogar).<br>6. Caminar en la casa o por la habitación, aunque sea una marcha simulada. Si algún familiar sufre de alguna condición crónica es muy importante realizar caminatas dentro del hogar durante por lo menos 6 minutos continuos.<br>7. Para mantener la fuerza en miembros superiores, brazos y manos, se pueden hacer unas flexiones apoyado las manos en la pared o en una mesa.<br>8. Si conoces técnicas de relajación y respiración como el yoga, taichi, meditación o pilates, utilizalas para tus estiramientos o para disminuir el estrés con respiraciones sencillas (respirar y contener el aire por 5 segundos y exhalar suavemente por la nariz, puedes contar mientras realizas el ejercicio).<br>9. Si te gusta bailar, baila, es una excelente actividad fisica para tu bienestar fisico y mental.<br>10. Si dispones de material como bandas elásticas, bicicletas estáticas, caminadoras, steps | Se realiza un listado de participacion en el cual una persona de la comunidad diligenica los datos personales para verificar que recibio la informacion preventiva sobre la promocion de la practica de actividad fisica y habitos saludables en el hogar. |
| 5 | 5. Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente trasversal. Contenidas en el formato de necesidades de personal que hace parte integral del presente contrato | Se realizan acciones dispuestas para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con e FFD y la ESE para la promocion de la salud mental , alimentación saludable, actividad fisica, y prevención de enfermedades transmisibles (COVID-19) | Se divulga la informacion plasmada en los lineamientos realizados por la secretaria distrital de salud para el espacio publico para actividad COVID -19 |

**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

Astrid Carolina Acosta.
Firma del Contratista

C.C. 1.023.891.211 de BOGOTÁ

| FIRMA DEL LIDER O PROFESION QUE VERIFICA LAS ACTIVIDADES | |
|---|---|
| NOMBRE: | CLAUDIA PATRICIA ORTEGA REALPE - C.C. 36980308 |
| CARGO: | LIDER ENTORNOS AMBIENTALMENTE SALUDABLES |
| FIRMA | Claudia C. Ortega |

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS | |
|---|---|
| NOMBRE: | LUISA FERNANDA HERNANDEZ PLAZAS- 52 713845 |
| 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 | 1023891211 | ASTRID CAROLINA ACOSTA PALACIO | TRANS 2A # 18A 30 SUR | 3024676 | karo1018@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: 1 / UPC: 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR |
| 2020-12 | 2020-12 | I | 04/01/2021 | 47282514 | $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 | | | | | |
| EPS008 | Compensar EPS | 860066942-7 | 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 | | | | | | | | | | |
| 14-7 | Seguros Bolivar S.A. | 860002503-2 | 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 47282514

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

DAVIVIENDA

**Pago PSE**

## Resultado de su transacción

**Código único CUS**
849987479

**Destino de pago**
COMPENSAR-OI

**Motivo**
MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

**Fecha**
04/01/2021

**Número de aprobación**
00987479

**Dirección IP**
201.233.46.95

**Valor transacción**
$ 441.900,00

| Referencia 1 | Referencia 2 | Referencia 3 |
| --- | --- | --- |
| 201.233.46.95 | CC | 1023891211 |

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