166

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 – GESTION 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 5466 2020	**C.D.P. No.:**	2797	**Proceso al que pertenece:**	PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC
				Unidad a la que pertenece:	SALUD PUBLICA - ESPACIO VIVIENDA

Nombre del Contratista: CRISTY PAULINA ENSUNCHO CARABALLO **C.C.** 1.032.452.136 **de:** BOGOTA D.C

Fecha Inicio: 2020-09-02 **Fecha Terminación incial:** 2020-10-31 **Valor Mensual:** $ 3.570.149 **Valor a cobrar:** $ 3.570.149

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1				
2				
3				
4				
5				
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	SEPTIEMBRE	$ 3.337.316	-	-
2	OCTUBRE	$ 3.570.149	$ 413.100	45920893
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 7.140.304	$ 7.140.304	$ 6.907.465	$ 232.839

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS DE APOYO DE ACUERDO A SU PERFIL ACADÉMICO, PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E., CON DISPONIBILIDAD EN CUMPLIMIENTO DE LA MISION Y VISIÓN DE LA MISMA.

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2020-10-01 **Hasta:** 2020-10-31

	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.	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.	Formato de implementación familiar y de canalizaciones y actas evidencia de reunion
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 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 Septiembre. Identificacion y seguimiento a gestantes con sangrado gingival con presencia de cálculo o bolsa periodontal. 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. Realizar acciones de activación de rutas acorde a necesidad.	Drive de reporte diario de seguimientos odontologicos, drive de canalizaciónes.
3	3.presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar contenidos 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.	Cronograma mensual de actividades, actas de reunión y revisión semanal.
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 estandares de habitacion y acreditacion de servicios de salud	Apoyo a otras actividades que sean asignadas desde coordinación	Asistencia a Capacitaciones, drive de reportes mensuales.
5	5.realizar las visitas en campo 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 llamadas telefónicos.

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

Cristy Ensuncho

Firma del Contratista

C.C. 1.032.452.136 **de** BOGOTA D.C

FIRMA DEL LIDER O PROFESIONAL QUE VERIFICA LAS ACTIVIDADES	
NOMBRE:	LILIANA TELLEZ VALBUENA - CC 51933284
CARGO:	LIDER OPERATIVO - FAMILIAS
FIRMA	Liliana Tellez
VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS CC 52933672
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	1032452136	CRISTY PAULINA ENSUNCHO CARABALLO	CALLE 26 A 13 - 97	3013700452	paulinaec11@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	I - Independiente		BOGOTA, D.C.	BOGOTA, 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	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2020-09	2020-09	I	05/10/2020	45920893	$413.100	

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	166.900	0		0		0	0	0	0	166.900	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	213.600	0	0	0	0	0	0		213.600	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	32.600				32.600	0	0	32.600			326	32.600	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	166.900	166.900
Pensión	1	213.600	213.600
Riesgos Laborales	1	32.600	32.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	413.100	413.100

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	1032452136	CRISTY PAULINA ENSUNCHO CARABALLO	CALLE 26 A 13 - 97	3013700452	paulinaec11@gmail.com	
FORMA PRESENTACION	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
UNICA	I – Independiente			BOGOTA, D.C.	BOGOTA, D.C.	NO

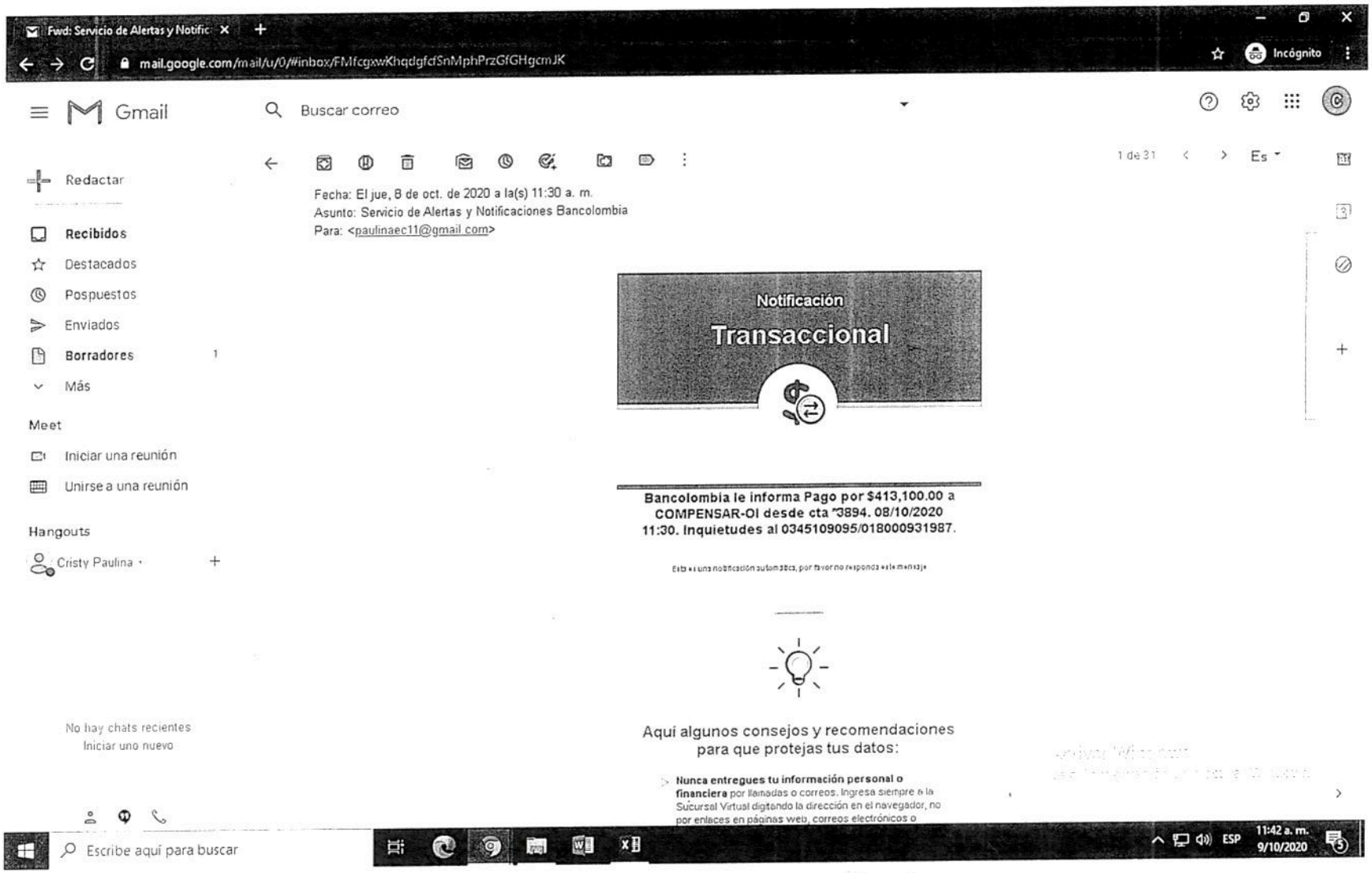
DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2020-09	2020-09	I	08/10/2020	45920893	$413.100	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACION COTIZANTE						INFORMACION NOVEDADES														PENSION						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES				
Tipo	No. de Identificacion	Apellidos y Nombres	Extranjero	Sueldo	Extranjero	Colombiano en el Exterior	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	Cotizante exonerado	Cod. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cod. 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
CC	1032452136	ENSUNCHO CARABALLO CRISTY PAULINA	59	0		N																	25-14	1.336.000	213.800	0	0	0	0	EPS030	1.336.000	166.900	14-25	1.336.000	3	32.800		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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


Fwd: Servicio de Alertas y Notific
mail.google.com/mail/u/0/#inbox/FMfcgxwKhqdgfcfSnMphPrzGfGHgcmJK
Incógnito
Gmail
Buscar correo
Redactar
Recibidos
Destacados
Pospuestos
Enviados
Borradores 1
Más
Meet
Iniciar una reunión
Unirse a una reunión
Hangouts
Cristy Paulina
No hay chats recientes
Iniciar uno nuevo
1 de 31
Es
Fecha: El jue, 8 de oct. de 2020 a la(s) 11:30 a. m.
Asunto: Servicio de Alertas y Notificaciones Bancolombia
Para: <paulinaec11@gmail.com>
Notificación
Transaccional
Bancolombia le informa Pago por $413,100.00 a COMPENSAR-OI desde cta *3894. 08/10/2020 11:30. Inquietudes al 0345109095/018000931987.
Esta es una notificación automática, por favor no responda este mensaje
Aquí algunos consejos y recomendaciones para que protejas tus datos:
Nunca entregues tu información personal o financiera por llamadas o correos. Ingresa siempre a la Sucursal Virtual digitando la dirección en el navegador, no por enlaces en páginas web, correos electrónicos o
Escribe aquí para buscar
ESP
11:42 a. m.
9/10/2020