octul 3

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 6093 2020 | C.D.P. No.: | 3102 | Proceso al que pertenece: | PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC |
| | | | | Unidad a la que pertenece: | VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Nombre del Contratista: | ASTRID JOHANNA HERNANDEZ DIAZ | C.C. | 52.748.149 | de: | BOGOTA DC. |
| Fecha Inicio: | 2020-09-25 | Fecha Terminación Inicial: | 2020-10-31 | Valor Mensual: | $ 2.197.015 |
| Valor a cobrar: | $ 2.197.015 | | | | |

| 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 | | | | |

| Nº CTA | MES DE CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR | VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL | NÚMERO DE PLANILLA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | SEPTIEMBRE | $ 441.791 | $ 0 | ANEXO AFILIACION |
| 2 | OCTUBRE | $ 2.197.015 | $ 117.800 | 45755945 |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |
| 14 | | | | |
| 15 | | | | |
| 16 | | | | |
| 17 | | | | |
| 18 | | | | |
| 19 | | | | |

Resumen de contrato

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 2.856.048 | $ 2.856.048 | $ 2.638.806 | $ 217.242 |

## 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 ACÁDEMICO, PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. CON DISPONIBILIDAD EN CUMPLIMIENTO DE LA MISIÓN Y LA VISIÓN DE LA MISMA.

Relación de actividades para el periodo: Desde: 2020-10-01 Hasta: 2020-10-30

| | 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. | Seguimiento de casos COVID en aplicativo (COVID-19 salud capital), verificacion de casos hospitalizados, casos pendientes de toma de muestra, llamadas fallidas y registro de informacion pertinente | Base de datos casos COVID-19 |
| 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. | 1. Participacion en capacitacion del área 2. Diligenciamiento de base de datos casos COVID | Asistencia en reuniones virtuales |
| 3 | Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. | Diligenciamiento del cronograma correspondiente al mes de octubre en el que se consignan las actividades programadas referentes a las acciones establecidas | Cronograma de noviembre diligenciado |
| 4 | Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los paneles de mejoramiento de los diferentes estándares de habilitación y acreditación de servicios de salud. | Presentacion de base de datos seguimientos telefonicos casos COVID 19 | Se entrega base de datos de seguimiento del mes de octubre |
| 5 | Realizar visitas de campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal | No se realizaron actividades de esta obligacion | N/A |

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

Firma del Contratista

C.C. 52.748.149 de BOGOTA DC.

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS | |
|---|---|
| NOMBRE: | NELCY AYDEE FLOREZ PADILLA CC. 51952482 |
| CARGO: | LIDER TECNICO |
| FIRMA | |

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS | |
|---|---|
| NOMBRE: | MARIA CRISTINA DUARTE GARZON CC. 35376691 |
| CARGO: | COORDINADORA VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA |
| FIRMA | |

Scanned by TapScanner

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 | 52748149 | ASTRID JOHANNA HERNANDEZ DIAZ | | KR 96 85 25 SUR | 3142824183 | astridjohanna2222@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 (DAAMMSSAA) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DAAMMSSAA) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | 1 | 0 |
| 2020-09 | 2020-09 | I | | 85759954 | TOTAL A PAGAR | |
| | | | | | $117.900 | |

## 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 | 47.600 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 47.600 | 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 | 800224808-6 | 60.900 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 60.900 | 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 | 9.300 | | | | 9.300 | 0 | 0 | 9.300 | | | 93 | 9.300 | 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 | 47.600 | 47.600 |
| Pensión | 1 | 60.900 | 60.900 |
| Riesgos Laborales | 1 | 9.300 | 9.300 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 117.800 | 117.800 |

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

Scanned by TapScanner

1045755945

Último ingreso exitoso: 2020-10-05 / 12:27:07 PM | Último ingreso fallido: Ninguno

Periodo Pensión: Septiembre 2020. Periodo Salud: Septiembre 2020.

Octubre 5 de 2020 / 12:32 PM

Planillas › Resumen de pago

# Planillas / Resumen de pago

## Información básica de la planilla

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Empresa:** | ASTRID JOHANNA HERNANDEZ DIAZ | **Nit:** | 52748149 |
| **Tipo planilla:** | I | **Periodo liquidación Pensiones** | Septiembre 2020 |
| **Sucursal o Dependencia:** | PRINCIPAL | **Periodo liquidación Salud:** | Septiembre 2020 |
| **Número de radicación:** | 45755954 | **Total a pagar:** | $117,800 |
| **Fecha de vencimiento:** | 13/10/2020 | **Total de empleados:** | 1 |
| **Fecha de pago:** | 05/10/2020 | **Número de administradoras:** | 3 |

## Detalles del pago

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón social recaudo:** | Compensar OI | **Nit recaudo:** | 9998600669427 |
| **Descripción:** | MiPlanilla.com Pago Proteccion Social | **Medio de pago:** | Pago Electronico por PSE |
| **Banco:** | BANCOLOMBIA | **Número de aprobación:** | 762808688 |
| **Estado de la transacción:** | Transacción aprobada | | |

## Totales

| Código | NIT | Administradoras | No. Afiliados | *Número de incapacidad por riesgos laborales | Valor descontado en incapacidad y/o licencia | Total pagado |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 14-11 | 890903790 | ARL SURA | 1 | | $0.00 | $9,300 |
| 230301 | 800224808 | Porvenir | 1 | | $0.00 | $60,900 |
| EPS008 | 860066942 | Compensar EPS | 1 | | $0.00 | $47,600 |
| | | | | | | $117,800 |

*Si desconto incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos

»Ver planillas pagadas

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

Recuerde verificar por la opción de consultas que su planilla este PAGADA en el sistema.

Exportar reporte a Excel  Exportar reporte a PDF

Imprimir transacción

://www.miplanilla.com/
los derechos reservados © 2020 . Compensar - Cenet S.A.
compensar | miplanilla.com
Comfenalco Valle
dsinergente
certicámara.
Acerca de los certificados SSL
ed by Cenet Edinet

Scanned by TapScanner