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-1A-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:	SALUD PUBLICA -ESPACIO VIVIENDA
Nombre del Contratista:	ASTRID JOHANNA HERNANDEZ DIAZ			C.C. 52.748.149	de: BOGOTA DC.
Fecha Inicio:	2020-09-25	Fecha Terminación Inicial:	2020-11-30	Valor Mensual: $ 2.197.015	Valor a cobrar: $ 2.197.015

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 1.460.597	3615	2020-11-01	2020-11-20
2	$ 728.358	3782	2020-11-21	2020-11-30
3	$ 1.098.400	3952	2020-12-01	2020-12-15
4	$ 3.295.523	4112	2020-12-16	2021-01-31
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	noviembre	$ 2.197.015	$ 271.700	46024938
4			$ 400	46520053
5	DICIEMBRE	$ 2.197.015	$ 271.700	46647546
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	$ 9.458.926	$ 7.032.836	$ 2.426.090

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: 2020-12-01 Hasta: 2020-12-31

	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.	CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES DEL PROGRAMA DE GESTION DEL RIESGO,ZONAS DE SEVERIDAD ,SE REALIZA LA TOMA DE PARAMETROS DE MEDICION PARA IDENTIFICACION DE RIESGOEN MENORES CON DIAGNOSTICO DE DESNUTRCION EN SEGUIMIENTO	REGISTRO EN FICHA DE CARACTERIZACION PARA EL ABORDAJE DE ZONA DE CUIDADO ESPECIAL
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.	CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES DEL PROGRAMA DE GESTION DEL RIESGO ,ZONA DE SEVERIDAD DE ACUERDO ALOSLINEAMIENTOS ESTABLECIDOS	REGISTRO EN FICHA DE CARACTERIZACIONPARA EL ABORDAJE DE ZONA DE CUIDADOESPECIAL
3	3.Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.	ACTUALIZACION DIARIA EN EL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	CRONOGRAMA DEL DRIVE
4	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.	ASISTENCIA ALAS CAPACITACIONES PARA LA MEJORA DE ACTIVIDADES EN CAMPO ,LECTURA DE LOS LINEAMIENTOS PARA ABORDAJE EN ZONAS DE SEVERIDAD	REGISTRO DE ASISTENCIA
5	Realizar visitas de campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacios de vida o componente trasversal. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato	CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES DEL PROGRAMA DE GESTIODE RIESGO ,ZONAS DE SEVERIDAD ,SE REALIZA LA TOMA DE PARAMETROS DE MEDICION PARA IDENTIFICACION DEL RIESGO EN MENORES CON DIAGNOSTICO DE DESNUTRICION EN SEGUIMIENTO	REGISTRO EN FICHA DE CARACTERIZACION PARA EL ABORDAJE DE ZONA DE CUIDADO ESPECIAL

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:	ANGELICA MORENO TORRES CC 39579680
CARGO:	LIDER OPERATIVO - GESTION DE RIESGO
FIRMA	

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS CC 52933672
CARGO:	REFERENTE DE ESPACIO DE VIVIENDA
FIRMA	

PS6093 2020 Astrid Johanna Hernandez Diaz

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 (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2020-11	2020-11	I	07/12/2020	46647546	TOTAL A PAGAR	
					$272.100	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	109.900	0		0		0	0	0	0	109.900	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
230301	Porvenir	800224808-8	140.700	0	0	0	0	0	0		140.700	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	830903790-5	21.500				21.500	0	0	21.500			215	21.500	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	109.900	109.900
Pensión	1	140.700	140.700
Riesgos Laborales	1	21.500	21.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	272.100	272.100

PAGADA 46647546

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
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**	**EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD**
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ, D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

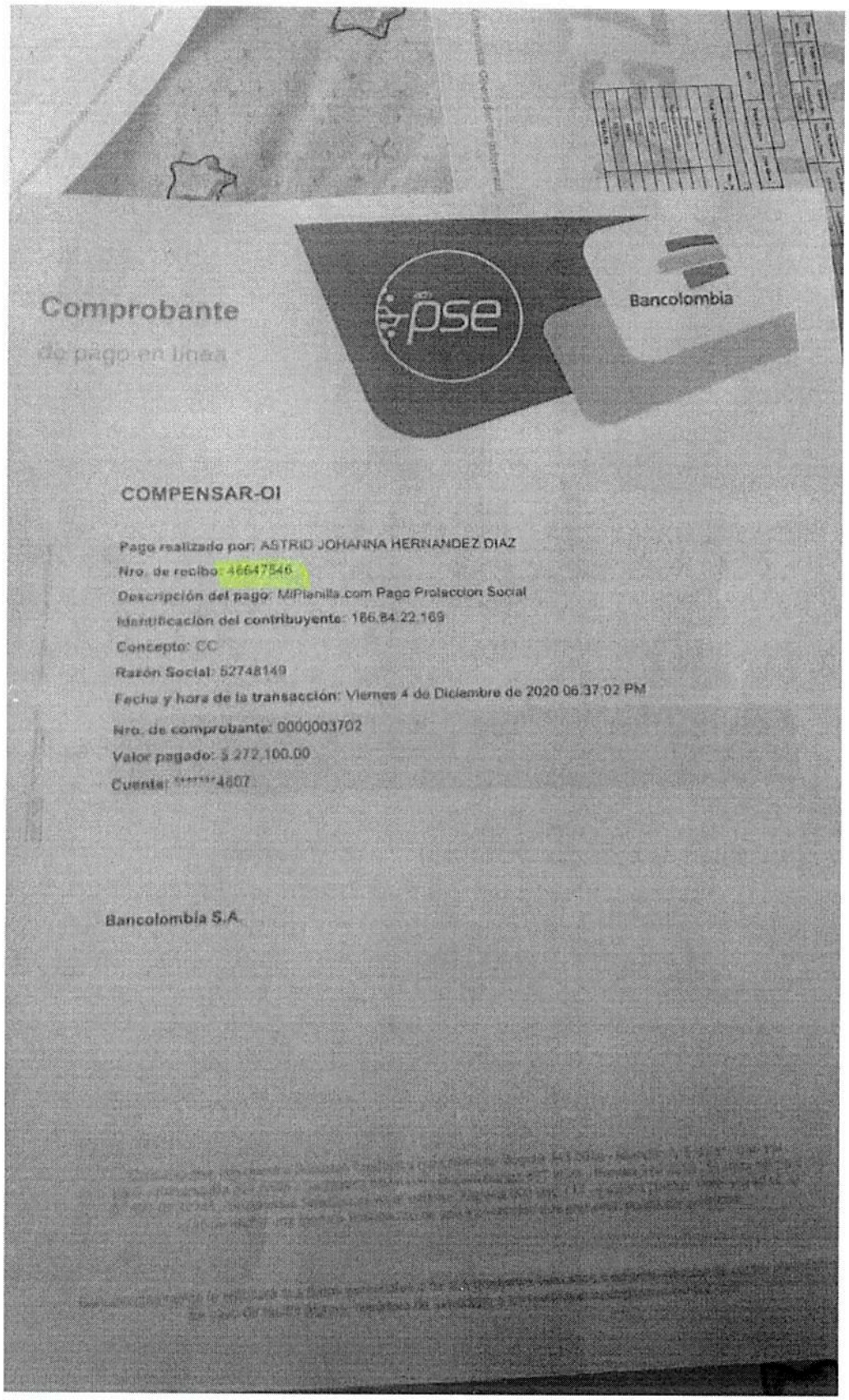
DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2020-11	2020-11	I	07/12/2020	46647546	$272.100	

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	Residente	IGE	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VIP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	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	52748149	HERNANDEZ DIAZ ASTRID JOHANNA	59	0			N																	230301	878.806	140.700	0	0	0	0	EPS008	878.806	109.900	14-11	878.806	3	21.500		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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



Comprobante

de pago en línea

pse

Bancolombia

COMPENSAR-OI

Pago realizado por: ASTRID JOHANNA HERNANDEZ DIAZ

Nro. de recibo: 46647546

Descripción del pago: MiPlanilla.com Pago Prolaccion Social

Identificación del contribuyente: 186.84.22.169

Concepto: CC

Razón Social: 52748149

Fecha y hora de la transacción: Viernes 4 de Diciembre de 2020 06:37:02 PM

Nro. de comprobante: 0000003702

Valor pagado: $ 272,100.00

Cuenta: ******4807

Bancolombia S.A.