1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: PS-1683-2019 **C.D.P. No.:** 188 **Proceso al que perten** PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS
Unidad a la que perter SALUD PUBLICA_VIGILANCIA
Nombre del Contratista: GINA CONSUELO URREGO BELTRAN **C.C.** 52.438.355 **de:** BOGOTA D.C
Fecha Inicio: 2019-02-01 **Fecha Terminación incial:** 2019-03-03 **Valor Mensual:** $ 3.570.152 **Valor a cobrar:** $ 3.570.152

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	$ 3.095.336	1611	2019-08-04	2019-09-03
4	$ 7.749.500	1901	2019-09-04	2019-10-15
5	$ 5.686.374	2562	2019-10-16	2019-11-20
6	$ 6.342.271	2989	2019-11-21	2020-01-03
7	$ 2.792.589	3563	2020-01-04	2020-03-03
8	$ 3.499.148	189	2020-01-04	2020-03-03
9	$ 3.095.400	597	2020-03-04	2020-04-03
10	$ 3.095.400	960	2020-04-04	2020-05-03
11	$ 3.431.857	1397	2020-05-04	2020-06-03
12	$ 3.030.828	1499	2020-06-03	2020-06-30
13	$ 7.330.375	1657	2020-07-01	2020-08-31
14	$ 7.140.300	2710	2020-09-01	2020-10-31
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	FEBRERO	$ 3.000.000	$ 371.300	32705662
2	MARZO	$ 3.000.000	$ 371.300	33294296
3	ABRIL	$ 3.095.400	$ 371.300	33911179
4	MAYO	$ 3.095.400	$ 383.200	34690475
5	JUNIO	$ 3.095.400	$ 383.200	35175950
6	JULIO	$ 3.095.336	$ 383.200	36134858
7	AGOSTO	$ 3.095.336	$ 383.200	36436975
8	AGOSTO EXT	$ 773.850	$ 383.200	36436975
9	SEPTIEMBRE	$ 3.095.400	$ 479.000	37309724
10	SEPTIEMBRE	$ 773.850	$ 479.000	37309724
11	OCTUBRE	$ 3.095.400	$ 479.000	37699463
12	OCTUBRE EX	$ 773.850	$ 479.000	37699463
13	NOVIEMBRE	$ 3.095.400	$ 479.000	38365508
14	NOVIEMBRE E	$ 773.850	$ 479.000	38365508
15	DICIEMBRE	$ 3.095.400	$ 479.000	39005405
16	DICIEMBRE E	$ 773.850	$ 479.000	39005405
17	ENERO	$ 3.095.400	$ 479.000	39672386
18	FEBRERO	$ 3.095.400	$ 383.200	40665982
19	MARZO	$ 3.095.400	$ 383.200	41190155
20	ABRIL	$ 3.095.400	$ 383.200	41616787
21	ABRIL EXTR	$ 336.457	$ 246.300	42697750
22	MAYO	$ 3.095.400	$ 246.300	42697750
23	JUNIO	$ 302.814 $ 3.220.898	$ 222.200	42969681
24	JULIO	$ 3.570.152	$ 441.900	44046995
25	AGOSTO	$ 3.570.152	$ 441.900	44109915
26	SEPTIEMBRE	$ 3.570.152	$ 441.900	44725314

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 3.300.000	$ 71.575.578	$ 67.775.347	$ 3.800.231

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN ENFERMERIA DESARROLLANDO ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PÚBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Relación de actividades para el p **Desde:** 2020-09-01 **Hasta:** 2020-09-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUTO O EVIDENCIA
1	Seguimiento ESPII en el Distrito Capital.	Orientacion de la accion para las intervenciones individuales y colectivas en salud publica	Contacto telefonico a usuarios y familias
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 Distrita	1.participacion en reuniones de area de vigilancia en salud publica 2. participacion en alertas epidemiologicas 3. seguimiento a contactos de casos sospechosos y positivos de COVID 19, registro de información pertinente del seguimiento realizado, realizacion de IEC. 4. verificacion de casos hospitalizados, casos pendientes de toma de muestra, llamadas fallidas y el registro de esta informacion pertinente. 5. realizar verificacion de dato espacial de bases SIVIGILA 6. apoyo e construccion de sala situacional	Revisión de carpetas de IEC en el servidor SIVIGILA *2020*
3	Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.	Diligenciamiento del cronograma mensualmente en el que se consignan las actividades programadas durante el mes siguiente acordes a las acciones establecidas en el lineamineto	Cronograma diligenciado
4	Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dantro de los planes de mejoramiento de los diferentes estandares de habilitacion y acreditacion de servicios de salud.	1. Presentación de soportes de actividades de seguimientos telefonicos casos COVID 19 2. Presentación de soportes diarios de actividades.	Entrega de carpetas de IEC en el servidor SIVIGILA 2020
5	Realizar el seguimiento de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente trasversal.	Seguimiento a casos de forma telefonica y virtual según programacion de actividades de acuerdo a alerta en salud y requerimientos del estado por COVID 19	Seguimiento a realizacion de IEC, Seguimiento a contactos y Lineas de tiempo

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 52.438.355 **de** BOGOTA D.C

FIRMA DEL LIDER O PROFESIONAL DE APOYO QUE VERIFICA LAS ACTIVIDADES

NOMBRE:	LADY VIVIANA RODRIGUEZ GALINDO CC 52975852
CARGO:	LIDER OPERATIVO
FIRMA	

FIRMA DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

NOMBRE:	MARIA CRISTINA DUARTE GARZON CC 35376691
CARGO:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO EN SALUD
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	52438355	GINA CONSUELO URREGO BELTRAN		CALLE 63 NUMERO 88-14 SUR	7533861	GINAURREGO@HOTMAIL.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: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2020-08	2020-08	I	07/09/2020	44725314	$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
25-14	Colpensiones	900336004-7	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 44725314

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

DAVIVIENDA

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS
733953400

Destino de pago
COMPENSAR-OI

Motivo
MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Fecha
05/09/2020

Número de aprobación
00953400

Dirección IP
186.102.37.124

Valor transacción
$ 441.900,00

Referencia 1	Referencia 2	Referencia 3
186.102.37.124	CC	52438355

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