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

CODIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 02
FECHA: 2020-05-04

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS-1770-2019	C.D.P. No.:	188	Proceso al que pertenece:	PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC
				Unidad a la que pertenece:	SALUD PUBLICA - EPIDEMIOLOGIA
Nombre del Contratista:	ANA LORENA FLOREZ CASTAÑEDA			C.C. 53.128.828	de: BOGOTA
Fecha Inicio:	2019-02-01	Fecha Terminación incial:	2019-03-03	Valor Mensual:	$ 2.197.015
Valor a cobrar:	$ 2.197.015				

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 1.550.000	536	2019-03-04	2019-04-03
2	$ 4.642.870	738	2019-04-04	2019-08-03
3	$ 1.599.030	1611	2019-08-04	2019-09-03
4	$ 3.209.580	1901	2019-09-04	2019-10-15
5	$ 2.138.232	2561	2016-10-16	2019-11-20
6	$ 2.857.936	2988	2019-11-21	2020-01-03
7	$ 1.442.838	3563	2020-01-04	2020-03-03
8	$ 1.807.893	189	2020-02-01	2020-03-03
9	$ 1.559.290	597	2020-03-04	2020-04-03
10	$ 1.599.290	960	2020-04-04	2020-05-03
11	$ 1.599.290	1397	2020-05-04	2020-06-03
12	$ 1.917.093	1499	2020-06-04	2020-06-30
13	$ 4.680.294	1657	2020-07-01	2020-08-31
14	$ 4.394.030	2710	2020-09-01	2020-10-31
15	$ 1.480.597	3615	2020-11-01	2020-11-20
16	$ 728.358	3782	2020-11-21	2020-11-30
17	$ 1.098.480	3919	2020-12-01	2020-12-15
18	$ 2.232.835	4111	2020-12-16	2021-01-15
19				
20				
21				
22				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	FEBRERO	$ 1.550.000	$ 256.300	8332604551
2	MARZO	$ 1.550.000	$ 256.300	8333577150
3	ABRIL	$ 1.599.290	$ 256.300	8333804113
4	MAYO	$ 1.599.290	$ 256.300	8334427432
5	JUNIO	$ 1.599.290	$ 256.300	8335065966
6	JULIO	$ 1.599.030	$ 256.300	8335656207
7	AGOSTO	$ 1.599.290	$ 256.300	8336322504
8	SEPTIEMBRE	$ 1.599.290	$ 256.300	8336952889
9	OCTUBRE	$ 1.599.290	$ 256.300	8337596382
10	NOVIEMBRE	$ 1.599.290	$ 256.300	8338255831
11	DICIEMBRE	$ 1.599.290	$ 256.300	8338882393
12	ENERO	$ 1.599.290	$ 256.300	8339563962
13	FEBRERO	$ 1.599.290	$ 271.700	8340179737
14	MARZO	$ 1.599.290	$ 271.700	8340818615
15	ABRIL	$ 1.599.290	$ 271.700	41500343
16	MAYO	$ 1.599.290	$ 157.600	42538855
17	JUNIO	$ 156.452	$ 157.600	42841522
18		$ 1.982.090		
19	JULIO	$ 2.197.015	$ 271.700	43823176
20	AGOSTO	$ 2.197.015	$ 272.100	44271525/4469524
21	SEPTIEMBRE	$ 2.197.015	$ 272.100	44920675/45438312
22	OCTUBRE	$ 2.197.015	$ 272.100	45558839
23	NOVIEMBRE	$ 2.197.015	$ 272.100	46196240
24	DICIEMBRE	$ 2.197.015	$ 272.100	46842155

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 1.705.000	$ 42.242.936	$ 40.810.432	$ 1.432.504

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA DESARROLLANDO ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVCIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

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	Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE.	Seguimientos COVID.	Magnetico a los correos de seguimientocoronavirus2020@gmail.com notificacionsintomascovidco@gmail.com.
2	Apoyar la prestacion de servicio en el PIC,presentando la informacion 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 distntal.	Realizacion a caso seguimiento COVID 19 Realimentacion de las bases en los correos asignados para esta actividad diariamente los casos y sus respectivos contactos.	Magnetico a los correos de seguimientocoronavirus2020@gmail.com y notificacionsintomascovidco@gmail.com
3	Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.	Presentar cronograma de actividades del mes correspondiente.	Producto en fisico
4	Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de la calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estandares de habilitacion y acreditacion de servicio de salud.	Asistencia a reunion de area Apoyo seguimiento diario a casos y contactos según asignacion de lider de vigilancia en salud publica encargada. seguimiento casos asignados COVID.	Producto en magnetico. Magnetico a los correos de seguimientocoronavirus2020@gmail.com notificacionsintomascovidco@gmail.com.
5	Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal.contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.	Asistencia capacitacion seguimientos COVID.	producto en magnetico.

Observaciones:

Se anexa certificacion de pago a Salud, pension y ARL
En caso de tener contrato nuevo se debe anexar tambien la certificacion bancaria con la primera cuenta de cobro

ANA LORENA FLOREZ
Firma del Contratista

C.C. 53.128.828 de BOGOTA

FIRMA DEL LIDER O PROFESIONAL QUE VERIFICA LAS ACTIVIDADES	
NOMBRE Y CEDULA:	NELCY AYDEE FLOREZ PADILLA 51952482
CARGO:	LIDER OPERATIVO-VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA
FIRMA	Nelcy Aydee Florez
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

PS_ 1970 2019

Ana Lorena Florez

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	53128828	ANA LORENA FLOREZ CASTAÑEDA	CL 68D SUR NO 2A 28	7643895	LORENAFLOREZ22@GMAIL.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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2020-11	2020-11	I	01/12/2020	46842155	$289.700	

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
25-14	Colpensiones	900336004-7	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										
14-7	Seguros Bolívar S.A.	860002503-2	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
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	17.600	0	0	17.600	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	1
ICBF				
0	0	0	0	1
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	1	17.600	17.600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	289.700	289.700

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar. Operación de digitalización



¡Hola, Ana Lorena Florez castañeda

Gracias por utilizar los servicios de BANCO DAVIVIENDA y PSE. los siguientes son los datos de tu transacción:

Estado de la Transacción: Aprobada
CUS: 316587801
Empresa: COMPENSAR-OI
Descripcion: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
Valor de la Transaccion: $ 289.700
Fecha de Transacción: 30/11/2020

Ten en cuenta estos tips de seguridad