DIGITADOR

53

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-1803-2019	C.D.P. No.:	188	**Proceso al que pertenece:**	PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC
				Unidad a la que pertenece:	SALUD PUBLICA - ESPACIO EPIDEMIOLOGIA

Nombre del Contratista: ALBA NAYIBE AMAYA ROMERO **C.C.** 1.022.369.056 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2019-02-01 **Fecha Terminación incial:** 2019-03-03 **Valor Mensual:** $ 1.647.761 **Valor a cobrar:** $ 1.647.761

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 1.400.000	536	2019-03-04	2019-04-03
2	$ 4.193.560	738	2019-04-04	2019-08-03
3	$ 1.444.392	1611	2019-08-04	2019-09-03
4	$ 2.900.040	1901	2019-09-04	2019-10-15
5	$ 1.931.346	2561	2019-10-16	2019-11-20
6	$ 2.581.008	2988	2019-11-21	2020-01-03
7	$ 1.303.208	3563	2020-01-04	2020-03-03
8	$ 1.632.936	189	2020-02-01	2020-03-03
9	$ 1.444.520	597	2020-03-04	2020-04-03
10	$ 1.444.520	960	2020-04-04	2020-05-03
11	$ 1.444.520	1397	2020-05-04	2020-06-03
12	$ 1.396.412	1499	2020-06-04	2020-06-30
13	$ 3.385.559	1657	2020-07-01	2020-08-31
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	Febrero	$ 1.400.000	$ 256.300	8332804183
2	Marzo	$ 1.400.000	$ 256.300	8333582466
3	Abril	$ 1.444.520	$ 256.300	8334107006
4	Mayo	$ 1.444.520	$ 256.300	8334713397
5	Junio	$ 1.444.520	$ 256.300	8335183620
6	Julio	$ 1.444.392	$ 256.300	8336015738
7	Agosto	$ 1.444.520	$ 256.300	8336459078
8	Septiembre	$ 1.444.520	$ 256.300	8337065477
9	Octubre	$ 1.444.520	$ 256.300	8337705164
10	Noviembre	$ 1.444.520	$ 256.300	8338367115
11	Diciembre	$ 1.444.520	$ 256.300	8339007196
12	Enero	$ 1.444.520	$ 256.300	8339793364
13	Febrero	$ 1.444.520	$ 271.700	40296075
14	Marzo	$ 1.444.520	$ 271.700	41133525
15	Abril	$ 1.444.520	$ 271.700	41621232
16	Mayo	$ 1.444.520	$ 157.600	42205076
17	Junio	$ 141.318 $ 1.486.530	$ 157.600	42974242
18	Julio	$ 1.647.761	$ 271.700	44061959
19				
20				
21				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 1.540.000	$ 28.042.021	$ 26.298.761	$ 1.743.260

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

OBJETO DEL CONTRATO

Prestar servicios como digitadora desarrollando actividades en el plan de salud publica de intervenciones colectivas de la subred integrada de servicios de salud centro oriente e.s.e.

Relación de actividades para el period **Desde:** 2020-07-01 **Hasta:** 2020-07-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCION 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.	Recepción, digitación y verificación de formatos sivigila-covid 19	Equipos computo secretaria de salud; aplicativo sistema de información del laboratorio salud pública (SILASP)
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.		
3	3. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.		
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 estándares de habilitación y acreditación de servicios de salud.		
5	5. Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada		
6			
7			
8			
9			
10			

Observaciones:

Alba Nayibe Amaya.
Firma del Contratista

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

C.C. 1.022.369.056 de BOGOTA

FIRMA DEL LIDER O PROFESIONAL QUE VERIFICA LAS ACTIVIDADES	
NOMBRE:	LEIDY VIVIANA RODRIGUEZ CC:52975862
CARGO:	LIDER TRANSMISIBLES
FIRMA	
VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	MARIA CRISTINA DUARTE
CARGO:	LIDER EPIDEMIOLOGIA -SALUD PUBLICA
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	1022369056	ALBA NAYIBE AMAYA ROMERO		CRA 51A No 38B-22 SUR	7959692	nayibe.amaya.romero@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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2020-06	2020-06	I	14/07/2020	44061959	TOTAL A PAGAR	
					$277.000	

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	109.800	0		0		0	0	0	0	109.800	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
231001	Colfondos	800227940-6	140.500	0	0	0	0	0	0		140.500	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	21.400				21.400	0	0	21.400			214	21.400	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	5.300	0	0	5.300	1

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 Administradore	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	109.800	109.800
Pensión	1	140.500	140.500
Riesgos Laborales	1	21.400	21.400
CCF	1	5.300	5.300
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	277.000	277.000

PAGADA 44061959

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

PCL XL error

Subsystem: GE_VECTOR

Error: GEEmptyClipPath Warning: IllegalMediaSize



¡Hola, alba nayibe amaya romero

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

Estado de la Transacción: Aprobada
CUS: 682245403
Empresa: COMPENSAR-OI
Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
Valor de la Transacción: $ 277.000
Fecha de Transacción: 14/07/2020