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: 01
FECHA: 2017-07-07

OK

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 2222-2019	**C.D.P. No.:**	188	**Proceso al que pertene**	PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PSPIC
				Unidad a la que perten	SALUD PUBLICA - VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA

Nombre del Contratista:	ANA MILENA ORREGO VEGA	**C.C.**	53.115.908	**de:**	BOGOTA
Fecha Inicio:	2019-02-01	**Fecha Terminación inicial:**	2019-03-03	**Valor Mensual**	$ 4.436.740
				Valor a cobrar:	$ 4.436.740

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 4.300.000	536	2019-03-04	2019-04-03
2	$ 12.880.220	738	2019-04-04	2019-08-03
3	$ 4.436.636	1704	2019-08-04	2019-09-03
4	$ 8.884.480	1901	2019-09-04	2019-10-15
5	$ 5.931.798	2561	2019-10-16	2019-11-20
6	$ 7.946.504	2988	2019-11-21	2020-01-03
7				
8				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NUMERO DE PLANILLA
1	FEBRERO	$ 4.300.000	$ 532.100	32441077
2	MARZO	$ 4.300.000	$ 532.100	33320748
3	ABRIL	$ 4.436.740	$ 892.100	34013256
4	MAYO	$ 4.436.740	$ 549.200	34679270
5	JUNIO	$ 4.436.740	$ 549.200	35259024
6	JULIO	$ 4.436.636	$ 549.200	35951691
7	AGOSTO	$ 4.436.740	$ 549.200	36501563
8	SEPTIEMBRE	$ 4.436.740	$ 549.200	37090486
9	OCTUBRE	$ 4.436.740	$ 549.200	37842308
10	NOVIEMBRE	$ 4.436.740	$ 549.200	38505889
11	DICIEMBRE	$ 4.436.740	$ 549.200	39188437

Resumen de contrato	VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
	$ 4.730.000	$ 49.109.638	$ 48.530.556	$ 579.082

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS EN PSICOLOGIA ESPECIALIZADA 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 perioc **Desde:** 2019-12-01 **Hasta:** 2019-12-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCION DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	1. Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la E.S.E.	1. Realizar las actividades inherentes al cargo de profesional especializado establecidos en los lineamientos establecidos por Secretaria Distrital de Salud.
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.	1. Asistencia a reunión con coordinación: 1/ 2. Realizar infografia SISVECOS y Verificación infografia salud mental / 3. Matriz 1186 actualizada, analisis de 1186. / 4. Informe cuatrimestral SISVECOS y revision informe salud mental / 5. Facturación. / 6. Revisión productos / 7. Alistamiento y reunión equipo de salud mental / 8. GEstion talento humano diciembre por lineas de facturacion / 9. Articulación espacio vivienda. / 10. Mesas activación de canalizaciones / 11. Depuración y revisión base SISVECOS mensual y semanales. / 12. Asistencias técnicas (7) / 13.informe y acta cove local noviembre / 14. articulación espacio educativo / 15. capacitacion UI / 16. Gestión diaria de solicitudes y requerimientos por correo electrónico a las UPGDs, SDS y Subredes / 17.Seguimiento profesionales de campo salud mental / 18. Seguimiento equipo profesionales especializados salud mental / 19. Recepción y revisión mes vencido de casos de los diferentes subsistemas de salud metal. / 20. Envio base vivienda SIVIM y SISVECOS semanal según pertinencia. / 21. Seguimiento técnicos salud mental./ 22. Tableros de control salud mental y sisvecos/ 23. cruce evento 365 para vigilancia ambiental./ 23. mesa salud mental /24. articulacion construccion manual emergencias de gran magnitud. /25. revision notificacion salud mental, depuración. /26. seguimiento vigilancia intensificada de lesiones por polvora, barridos (1)/ 26. matriz POA mensual / 27. gestion informacion Gobernanza/ . 28. disponibilidad salud mental./ 29. sala de crisis.
3	3. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.	1. se realiza cronograma de forma mensual con actualización continua de actividades.
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.	1. revisión de casos de profesionales de campo mes vencido para establecer correcciones pertinentes a realizar. 2. verificación de carpetas magnéticas, organización de productos. 3. Reunión de equipo vigilancia salud mental 4. reunión profesionales especializados en salud mental. 5. Reunión de área de vigilancia epidemiológica 6. participación en reuniones de líderes de vigilancia según se estipule desde coordinación. 7. gestion documental mensual
5	5. Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal.	1. verificación de productos realizados en campo a través de cronogramas, pre auditorias, revisión de casos y/o seguimiento en campo.

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. 53.115.908 de BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	MARIA CRISTINA DUARTE GARZON
CARGO:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA DE LA 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	53115908	ana milena orrego vega	kr 12 bis 36 37 sur	4649409	mymile16@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	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	CANTIDAD IBC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO APORTE				TOTAL A PAGAR	
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	221.900	0		0		0	1	200	0	222.100	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
23101	Colfondos	800227940-6	284.000	0	0	0	0	1	300	0	284.300	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.	860002503-7	41.300				41.300	1	100	41.400			400	41.400	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	APF	Valor Aportes	Días Mora	Valor Mora Aportes	Total a Pagar	No. Afiliados
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

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				
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
MEN				
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Presentadas	Valor aportes no ICBF, CAJAS, SENA y Mora	Total a Pagar
Salud	1	221.900	222.100
Pensión	1	284.000	284.300
Riesgos Laborales	1	41.300	41.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTAL	0	0	0
TOTALES	3	547.200	547.800

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

Planillas / Resumen de pago

Información básica de la planilla

Empresa:	ana milena orrego vega	**Nit:**	53115908
Tipo planilla:	I	**Periodo liquidación Pensiones**	Noviembre 2019
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	Noviembre 2019
Número de radicación:	39188437	**Total a pagar:**	$549.800
Fecha de vencimiento:	04/12/2019	**Total de empleados:**	1
Fecha de pago:	05/12/2019	**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:	BANCO DAVIVIENDA	**Número de aprobación:**	530481195
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
14-7	860002503	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	1		$0.00	$43,400
231001	800227940	Colfondos	1		$0.00	$284,300
EPS017	830003564	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	1		$0.00	$222,100
						$549,800

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

»Ver planillas pagadas

Le informamos que el pago de la planilla No. 39188437, fue posterior a la fecha límite establecida en el Decreto 1670 de 2007. Sin embargo, para las administradoras el recibir el aporte no implica que esté aceptando o se esté allanando a la mora, ya que la Ley establece la obligatoriedad de recibirlo, al igual que para los empleadores y aportantes la obligación de cotizar oportunamente, lo que permite el reconocimiento de las prestaciones económicas (Incapacidades, Licencias de Maternidad y Paternidad), evitando además, el recobro al empleador o trabajador independiente de los servicios prestados durante el periodo de pago extemporáneo.

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

Exportar reporte a Excel Exportar reporte a PDF

Imprimir transacción

Todos los derechos reservados © 2019 - Compensar - Coral S.A.

certicámara. Acerca de los certificados SSL

Famisanar

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) ANA MILENA ORREGO VEGA identificado(a) con CC 53115908 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios:	**13/11/2008**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**COLSUBSIDIO CENTRO MEDICO RESTREPO**
Categoría:	**B**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE** , a los 09 días del mes de diciembre del año 2019.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Fredy Alexander Caicedo Sierra
Director Operaciones Comerciales
EPS FAMISANAR S.A.S.

POST TEST CAPACITACIÓN SARLAFT

Puntos totales: 100/100

El siguiente instrumento tiene como finalidad evaluar el conocimiento obtenido como resultado de la capacitación sobre el Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo - SARLAFT en cumplimiento de la Circular Externa 009 de 2016 de la Superintendencia Nacional de Salud y el Manual de Políticas y Procedimientos SARLAFT de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. Para tal fin, responda cada uno de los diez enunciados de acuerdo a los rangos propuestos con honestidad y tranquilidad.

De conformidad con el marco normativo señalado anteriormente, tanto la capacitación como la respuesta al post-test son de carácter obligatorio para todo el personal de planta, Junta Directiva y el vinculado por Orden de Prestación de Servicios

Cada enunciado tiene un valor de 10 puntos y se superará la evaluación con un puntaje mínimo de 70/100

El resultado de la evaluación debe ser impreso mediante un pantallazo (Impr Pant); en el caso de los colaboradores de planta y Junta Directiva deberán remitir copia del documentado generado al correo electrónico sarlaft@subredcentrooriente.gov.co

Para el personal vinculado mediante Orden de Prestación de Servicios y/o en proceso de contratación, deberán subir el resultado de la evaluación a la plataforma SECOP y enviar copia al correo electrónico sarlaft@subredcentrooriente.gov.co

Dirección de correo electrónico *

mymile16@gmail.com

Puntuación de la sección 100/100

Documento de identificación *

53115908

Nombres y apellidos completos *

ana milena orrego vega