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
VERSION: 02

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 2231 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 - VSP

Nombre del Contratista: LUZ ANGELA CALVO MEDINA **C.C.** 52.919.127 **de:** Bogota D.C

Fecha Inicio: 2019-02-01 **Fecha Terminación incial:** 2019-03-03 **Valor Mensual:** $ 4.668.657 **Valor a cobrar:** $ 4.668.657

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 3.600.000	536	2019-03-04	2019-04-03
2	$ 10.783.440	738	2019-04-04	2019-08-03
3	$ 3.714.256	1704	2019-08-04	2019-09-03
4	$ 7.439.960	1901	2019-09-04	2019-10-15
5	$ 4.966.098	2561	2019-10-16	2019-11-20
6	$ 6.650.977	2988	2019-11-21	2020-01-03
7	$ 3.351.107	3563	2020-01-04	2020-03-03
8	$ 4.198.977	189	2020-01-04	2020-03-03
9	$ 3.714.480	597	2020-01-04	2020-03-03
10	$ 3.714.480	960	2020-04-04	2020-05-03
11	$ 3.714.480	1397	2020-05-04	2020-06-03
12	$ 3.969.555	1499	2020-06-04	2020-06-30
13	$ 9.613.592	1657	2020-07-01	2020-08-31
14	$ 9.337.814	2710	2020-09-01	2020-10-31
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	$ 3.600.000	$ 446.000	8332603736
2	MARZO	$ 3.600.000	$ 446.000	8333185466
3	ABRIL	$ 3.714.480	$ 459.800	8333982262
4	MAYO	$ 3.714.480	$ 459.800	8334371294
5	JUNIO	$ 3.714.480	$ 459.800	8335065282
6	JULIO	$ 3.714.256	$ 459.800	8335655793
7	AGOSTO	$ 3.714.480	$ 459.800	8336322306
8	SEPTIEMBRE	$ 3.714.480	$ 459.800	8336950930
9	OCTUBRE	$ 3.714.480	$ 459.800	8337596105
10	NOVIEMBRE	$ 3.714.480	$ 459.800	8338251563
11	DICIEMBRE	$ 3.714.480	$ 459.800	8338874207
12	ENERO	$ 3.714.480	$ 459.800	8339077818
13	FEBRERO	$ 3.714.480	$ 459.800	8340180025
14	MARZO	$ 3.714.480	$ 459.800	8340818106
15	ABRIL	$ 3.714.480	$ 459.800	8341514584
16	MAYO	$ 3.714.480	$ 266.600	42643238
17	JUNIO	$ 363.373	$ 266.600	43326196
17		$ 4.211.941		
18	JULIO	$ 4.668.657	$ 579.300	43936342
19	AGOSTO	$ 4.668.657	$ 579.300	44565205
20	SEPTIEMBRE	$ 4.668.657	$ 579.300	44588961
21	OCTUBRE	$ 4.668.657	$ 579.300	45322659

Resumen de contrato	VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
	$ 3.960.000	$ 82.728.716	$ 82.452.438	$ 276.278

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO EN EPIDEMIOLOGIA 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 periodo: **Desde:** 2020-10-01 **Hasta:** 2020-10-31

	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. RUTA: sivigila 2020-centinela	1. REALIZAR REVISION DE HISTORIAS CLINICAS DE LA FUNDACION HOSPITAL PEDIATRICO LA MISERICORDIA DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE MENINGITIS Y NEUMONÍAS 2. REALIZAR CONSOLIDACION DE FICHA INS 3.REALIZAR CONSOLIDACION DE FICHAS VINUVA 4. REALIZAR REVISION DE LOS LIBROS DEL LABORATORIO CLINICO DEL HOSPITAL PEDIATRICO LA MISERICORDIA (REGISTROS DE LCR Y SEROTIPOS) 5. ELABORAR INFORME TRIMESTRAL ACUMUADO ENERO - SEPTIEMBRE 6. SOCIALIZAR EL PROTOCOLO OPS 7, Se desarrollo actividades y productos correspondientes a la obligacion del contrato. Realizar asistencias tecnicas a UPGD en el sistema de informacion SIVIGILA e IAAS	1. FICHAS NEMUNIAS (SIVIGILA 2020 - PROYECTO CENTINELA- BASES) 2, FICHAS MENINGUITS (SIVIGILA 2020 - PROYECTO CENTINELA- BASES) 3. BASE VINUVA NEUMIONIAS (SIVIGILA 2020 - PROYECTO CENTINELA- BASES) 4, BASE VINUVA MENINGITIS (SIVIGILA 2020 - PROYECTO CENTINELA- BASES) 5, INFORMES ACUMULADO (SIVIGILA 2020 - PROYECTO CENTINELA- INFORMES) 6, SOCIALIZACION MENSUAL (SIVIGILA 2020 - PROYECTO CENTINELA- SOCIALIZACIONES
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.	REALIZAR Articulación LABORATORIO FUNDACION HOSPITAL LA MISERICORIDA	1, ARTICULACION (SIVIGILA 2020 - sivigila 2020-centinela - articulación)
3	Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.	Se presenta mensualmente el plan de trabajo de ejecución OPS Actualización mes de SEPTIEMBRE y proyección del mes de OCTUBRE.	Archivo carpeta cronogramas en cuatodia de coordinación.
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. RUTA: sivigila 2020-emergencias-alertas sivigila 2020-productos de gestión-reuniones de área	1. PARTICIPAR EN REUNION DE AREA 2. PARTICIPAE EN CAPACITACION IEC COVID-19 3,PARTICIPAR EN REUNIONES AREA TRASMISIBLES 4,ASISTENCIAS TECNICAS MEVISALUD - USS ALTAMIRA 5,PARTICIPAR EN REUNIONES AREA SIVIGILA	Soportes asistencias en custodia de Cordinación
5	Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal.	NO APLICA	NO APLICA

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. 52.919.127 **de** Bogota D.C

FIRMA DEL LIDER O PROFESIONAL QUE VERIFICA LAS ACTIVIDADES	
NOMBRE Y CEDULA	DIANA AZUCENA GUERRERO BARRETO CC - 1018404173
CARGO:	LIDER SIVIGILA
FIRMA	

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	MARIA CRISTINA DUARTE GARZON CC - 35376691
CARGO:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO
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	52919127	LUZ ANGELA CALVO MEDINA	Cra 137 A N 136 -61	5366068	hanjelac@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
					TOTAL A PAGAR	
2020-09	2020-09	I	07/10/2020	45322659	$615.400	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Matemidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	233.500	0		0		0	0	0	0	233.500	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	298.900	0	0	0	0	0	0		298.900	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	45.600				45.600	0	0	45.600			456	45.600	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	37.400	0	0	37.400	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 Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	233.500	233.500
Pensión	1	298.900	298.900
Riesgos Laborales	1	45.600	45.600
CCF	1	37.400	37.400
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	615.400	615.400

PAGADA 45322659

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	52919127	LUZ ANGELA CALVO MEDINA		Cra 137 A N 136 -61	5366068	hanjelac@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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	
2020-09	2020-09	I	07/10/2020	45322659	$615.400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cobro. exterior	Exonerado	IND	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	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	52919127	CALVO MEDINA LUZ ANGELA	59	0			N																	230301	1.868.000	298.900	0	0	0	0	EPS005	1.868.000	233.500	14-7	1.868.000	3	45.600	CCF22	1.868.000	37.400	0	0	0	0	0

PAGADA

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

DAVIVIENDA

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS
765529321

Destino de pago
COMPENSAR-OI

Motivo
MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Fecha
07/10/2020

Número de aprobación
00529321

Dirección IP
179.18.38.162

Valor transacción
$ 615.400,00

Referencia 1
179.18.38.162

Referencia 2
CC

Referencia 3
52919127

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

DAVIVIENDA