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-2272-2019 **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:** DERLY MANUELA MESA RIVERA **C.C.** 52.727.012 **de:** BOGOTA

**Fecha Inicio:** 2019-02-01 **Fecha Terminación incial:** 2019-03-03 **Valor Mensual:** $ 3.095.400 **Valor a cobrar:** $ 3.095.400

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | $ 3.000.000 | 188 | 2019-03-03 | 2019-03-04 |
| 2 | $ 8.986.200 | 738 | 2019-04-04 | 2019-08-03 |
| 3 | $ 3.095.336 | 1704 | 2019-08-03 | 2019-09-03 |
| 4 | $ 6.201.800 | 1901 | 2019-09-04 | 2019-10-15 |
| 5 | $ 3.095.336 | 189 | 2020-09-01 | 2020-09-05 |
| 6 | $ 3.095.336 | 597 | 2020-03-04 | 2020-04-03 |
| 7 | $ 3.095.400 | 960 | 2020-04-04 | 2020-05-03 |
| 8 | $ 3.095.400 | 1397 | 2020-05-04 | 2020-06-03 |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |
| 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 | $ 3.000.000 | $ 371.300 | 8332561263 |
| 2 | MARZO | $ 3.000.000 | $ 371.300 | 8333137850 |
| 3 | ABRIL | $ 3.000.000 | $ 383.300 | 8333757665 |
| 4 | MAYO | $ 3.095.400 | $ 383.400 | 8334816318 |
| 5 | JUNIO | $ 3.095.400 | $ 383.400 | 8335543528 |
| 6 | JULIO | $ 3.095.336 | $ 383.400 | 8335609258 |
| 7 | AGOSTO | $ 3.095.336 | $ 383.400 | 8336272045 |
| 8 | SEPTIEMBRE | $ 420.571 | $ 383.400 | 8336904874 |
| 9 | ENERO | $ 2.271.082 | $ 256.300 | 8339400656 |
| 10 | FEBRERO | $ 3.095.336 | $ 383.400 | 8339980238 |
| 11 | MARZO | $ 3.095.336 | $ 383.400 | 8340768324 |
| 12 | ABRIL | $ 3.095.336 | $ 383.400 | 8341316561 |
| 13 | MAYO | $ 3.095.336 | $ 222.200 | 8342669709 |
| 14 | | | | |
| 15 | | | | |
| 16 | | | | |
| 17 | | | | |
| 18 | | | | |
| 19 | | | | |
| 20 | | | | |
| 21 | | | | |
| 22 | | | | |

**Resumen de contrato**

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 3.300.000 | $ 36.964.808 | $ 36.454.469 | $ 510.339 |

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

**OBJETO DEL CONTRATO**

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN PSICOLOGIA 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:** 2020-05-01 **Hasta:** 2020-05-30

| | OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta) | DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 1 | Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la E.S.E. | Se realiza seguimiento telefónico a personas notificadas en Vigilancia Epidemiológica por sospecha o casos confirmados de covid-19. En este seguimiento se hace promoción de cuidado y autocuidado durante el periodo de confinamiento, enfatizando en el frecuente y correcto lavado de manos, limpieza y desinfección de superficies y uso adecuado de elementos de protección personal como el tapabocas, además se indaga sobre síntomas y factores de riesgo. Orientar a tecnicos y profesionales en el proceso de seguimiento. | Matriz de seguimiento de casos Positivos en correo notificacionsintomascovidco@gmail.com y Matriz de seguimiento casos probables seguimientocoronavirus2020@gmail.com |
| 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. | Diligenciamiento y envió de formatos correspondientes a las actividades propias del programa en los diferentes drive habilitados. | Matrices de toma de muestra, usuarios que no contestan y casos positivos diario correo notificacionsintomascovidco@gmail.com |
| 3 | Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar | Se da cumplimiento a las actividades programadas desde la coordinación del programa | Cronograma mensual |
| 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. . | Se participa en reuniones de Area virtuales para el correcto desarrollo de las actividades | Servidor, SIVIGILA 2020 Producto Gestion y reuniones de Area. |
| 5 | Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal | No aplica para este periodo | No aplica para este periodo |
| 6 | | | |
| 7 | | | |
| 8 | | | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |

**Observaciones:**

Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL Mes Abril 2020
En caso de tener contrato nuevo se debe anexar también la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro

DERLY MESA R.
**Firma del Contratista**

**C.C.** 52.727.012 **de** BOGOTA

**VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS**

| | |
|---|---|
| **NOMBRE:** | CLAUDIA LILIANA LOPEZ DIAZ |
| **CARGO:** | PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD CC 37713845 |
| **FIRMA** | |

**VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS**

| | |
|---|---|
| **NOMBRE:** | MARIA CRISTINA DUARTE GARZON CC 35376891 |
| **CARGO:** | PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD |
| **FIRMA** | |

compensar | miplanilla.com

# CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **DERLY MANUELA MESA RIVERA**, identificada con **CC** número **52727012**, aportó por el empleado **DERLY MANUELA MESA RIVERA** identificado(a) con **CC** número **52727012** quien se encuentra registradoa a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, para el periodo de pensión de 2020-4 de la siguiente forma.

| CODIGO | NOMBRE ADMINISTRADORA | COTIZANTE | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | CORRECCIÓN | DIAS | IBC | TARIFA APORTE | COTIZACIÓN Y/O APORTE | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | PERIODO | NÚMERO DE PLANILLA | FECHA DE PAGO | EXONERADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS008 | Compensar EPS | 59 | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | 30 | $1,238,160 | 0.12500 | $154,800 | $0 | $0 | Abril - 2020 | 8342669709 | 18/05/2020 | No |
| 25-14 | Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones | 59 | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | 30 | $1,238,160 | 0.03000 | $37,200 | $0 | $0 | Abril - 2020 | 8342669709 | 18/05/2020 | No |
| 14-7 | Cia. de Seguros Bolivar S.A. | 59 | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | 30 | $1,238,160 | 0.02436 | $30,200 | $0 | $0 | Abril - 2020 | 8342669709 | 18/05/2020 | No |
| CCF24 | Compensar Caja de Compensacion Fliar | 59 | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | 30 | $1,238,160 | 0.00600 | $7,500 | $0 | $0 | Abril - 2020 | 8342669709 | 18/05/2020 | No |

El presente certificado se expide a los 18 días del mes May de 2020

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

ISO / IEC 27001 icontec Certificado Nº SI 006-1

PAGO DE FACTURA

NUMERO DE CUENTA 0000000000

NUMERO DE REFERENCIA 0000000000

NUMERO DE IDENTIFICACION 0000000000

FECHA DE EXPEDICION 00-00-0000

VALOR $ 0.00

SON: CERO PESOS M/CTE

CONCEPTO DEL PAGO

UNIDAD DE SERVICIO

CODIGO DE SERVICIO

NOMBRE DEL SUSCRIPTOR

DIRECCION

CIUDAD

FECHA DE VENCIMIENTO

VALOR A PAGAR

Escaneado con CamScanner