## 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:** $ 3.570.149 **Valor a cobrar:** $ 3.570.149

| 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 | $ 3.058.441 | 1499 | 2020-06-04 | 2020-06-30 |
| 10 | $ 7.823.064 | 1657 | 2020-07-01 | 2020-08-31 |
| 11 | $ 7.140.300 | 2710 | 2020-09-01 | 2020-10-31 |
| 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 |
| 17 | JUNIO | $ 302.814<br>$ 3.220.898 | $ 222.200 | 8342669788 |
| 16 | JULIO | $ 3.570.149 | $ 442.200 | 8344006726 |
| 17 | AGOSTO | $ 3.570.149 | $ 442.200 | 8344887480 |
| 18 | SEPTIEMBRE | $ 3.570.149 | $ 442.200 | 8344509555 |
| 19 | | | | |
| 20 | | | | |
| 21 | | | | |
| 22 | | | | |

**Resumen de contrato**

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 3.300.000 | $ 54.986.613 | $ 50.688.628 | $ 4.297.985 |

## 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:** 2020-09-01 **Hasta:** 2020-09-30

| | 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. . | Presentacion de soportes de presentacion de soportes de IEC casos de asignados en formatos establecidos reportes eventos 345, 345 y 348. | IEC se encuentra en servidor sivigila2020 carpeta IEC SIVIGILA Carpeta 346 , 345,348 en carpeta de cada usuario asignados. |
| 5 | Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal | IEC telefonicas de acuerdo a la asignacion de casos telefonica eventos 345 ,346 y 348. | 1.. IEC se encuentra en servidor sivigila 2020 carpeta IEC SIVIGILA Carpeta 346 y 345 en carpeta de cada usuario asignados. |
| 6 | | | |
| 7 | | | |
| 8 | | | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |

**Observaciones:**

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

Derly M. Mesa R.
**Firma del Contratista**

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

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS | |
|---|---|
| **NOMBRE:** | LADY VIVIANA RODRIGUEZ GALINDO CC 52975862 |
| **CARGO:** | LIDER IEC COVID |
| **FIRMA** | |

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS | |
|---|---|
| **NOMBRE:** | MARIA CRISTINA DUARTE GARZON CC 35376691 |
| **CARGO:** | PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA 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 | 52727012 | DERLY MANUELA MESA RIVERA | | diag 28 b n 12a-13 este | 3629128 | derlymanuela@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 |
| 2020-08 | 2020-08 | 1 | 11/08/2020 | 44509555 | TOTAL A PAGAR | |
| | | | | | $450.600 | |

## 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 | 178.600 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 178.600 | 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 | 228.600 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 228.600 | 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 | 34.800 | | | | 34.800 | 0 | 0 | 34.800 | | | 348 | 34.800 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CCF24 | Compensar Caja | 860066942-7 | 8.600 | 0 | 0 | 8.600 | 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 | 178.600 | 178.600 |
| Pensión | 1 | 228.600 | 228.600 |
| Riesgos Laborales | 1 | 34.800 | 34.800 |
| CCF | 1 | 8.600 | 8.600 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 4 | 450.600 | 450.600 |

PAGADA 44509555

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

DAVIVIENDA

## Pago PSE

Resultado de su transacción

**Código único CUS**
709231850

**Destino de pago**
COMPENSAR-OI

**Motivo**
MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

**Fecha**
11/08/2020

**Número de aprobación**
00231850

**Dirección IP**
201.244.119.235

**Valor transacción**
$ 450.600,00

| Referencia 1 | Referencia 2 | Referencia 3 |
| --- | --- | --- |
| 201.244.119.235 | CC | 52727012 |

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