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:**	$ 3.570.149 **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	$ 2.405.970	3615	2020-11-01	2020-11-20
13	$ 1.183.582	3782	2020-11-21	2020-11-30
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 $ 3.220.698	$ 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	OCTUBRE	$ 3.570.149	$ 442.200	8345269795
20	NOVIEMBRE	$ 3.570.149	$ 442.200	8345881075
21				
22				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 3.300.000	$ 58.576.165	$ 57.828.926	$ 747.239

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:** 2020-11-01 **Hasta:** 2020-11-30

	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 Ficha de Investigacion de casos Fallidos y Efectivos. Seguimiento a contactos aplicativo Infocontactos. Excel de seguimiento para realizar el correspondiente proceso de devolucion de casos.
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.	Envio de IEC Fallidas , Efectivas y Devoluciones en el correspondiente aplicativo para tal fin.
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 IEC casos asignados en Aplicativos reportes eventos 346.	IEC se encuentra en Aplicativos Evento 346 Casos de Usuarios 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 eventos 346.	1.IEC se realiza en aplicativo de Infocontactos evento 346.
6			
7			
8			
9			
10			

Observaciones:

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

DERLY MESA RIVERA

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 CARZON CC 35378691
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: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2020-10	2020-10	I	05/11/2020	45681075	$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

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

DAVIVIENDA

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS
790738143

Destino de pago
COMPENSAR-OI

Motivo
MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Fecha
04/11/2020

Número de aprobación
00738143

Dirección IP
186.29.226.137

Valor transacción
$ 450.600,00

Referencia 1
186.29.226.137

Referencia 2
CC

Referencia 3
52727012

Banco Davivienda S.A. Todos los derechos reservados 2017