1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS-1803-2019	C.D.P. No.:	188	Proceso al que pertenece:	PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC
				Unidad a la que pertenece:	SALUD PUBLICA - ESPACIO EPIDEMIOLOGIA

Nombre del Contratista:	ALBA NAYIBE AMAYA ROMERO	C.C.	1.022.369.056	de:	BOGOTA
Fecha Inicio:	2019-02-01	Fecha Terminación incial:	2019-03-03	Valor Mensual:	$ 1.647.761
Valor a cobrar:	$ 1.647.761				

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 1.400.000	536	2019-03-04	2019-04-03
2	$ 4.193.560	738	2019-04-04	2019-08-03
3	$ 1.444.392	1611	2019-08-04	2019-09-03
4	$ 2.900.040	1901	2019-09-04	2019-10-15
5	$ 1.931.346	2561	2019-10-16	2019-11-20
6	$ 2.581.008	2988	2019-11-21	2020-01-03
7	$ 1.303.208	3563	2020-01-04	2020-03-03
8	$ 1.632.936	189	2020-02-01	2020-03-03
9	$ 1.444.520	597	2020-03-04	2020-04-03
10	$ 1.444.520	960	2020-04-04	2020-05-03
11	$ 1.444.520	1397	2020-05-04	2020-06-03
12	$ 1.396.412	1499	2020-06-04	2020-06-30
13	$ 3.385.559	1657	2020-07-01	2020-08-31
14	$ 3.296.000	2710	2020-09-01	2020-10-31
15	$ 1.110.448	3615	2020-11-01	2020-11-20
16	$ 546.269	3782	2020-11-21	2020-11-30
17	$ 823.000	3952	2020-12-01	2020-12-15
18	$ 1.674.626	4111	2020-12-16	2021-01-15
19	$ 823.860	108	2021-01-16	2021-01-31
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	Febrero	$ 1.400.000	$ 256.300	8332804183
2	Marzo	$ 1.400.000	$ 256.300	8333582466
3	Abril	$ 1.444.520	$ 256.300	8334107006
4	Mayo	$ 1.444.520	$ 256.300	8334713397
5	Junio	$ 1.444.520	$ 256.300	8335183620
6	Julio	$ 1.444.392	$ 256.300	8336015738
7	Agosto	$ 1.444.520	$ 256.300	8336459078
8	Septiembre	$ 1.444.520	$ 256.300	8337065777
9	Octubre	$ 1.444.520	$ 256.300	8337705164
10	Noviembre	$ 1.444.520	$ 256.300	8338367115
11	Diciembre	$ 1.444.520	$ 256.300	8339007196
12	Enero	$ 1.444.520	$ 256.300	8339793364
13	Febrero	$ 1.444.520	$ 271.700	40296075
14	Marzo	$ 1.444.520	$ 271.700	41133525
15	Abril	$ 1.444.520	$ 271.700	41621232
16	Mayo	$ 1.444.520	$ 157.600	42205076
17	Junio	$ 141.318 $ 1.486.530	$ 157.600	429/4242
18	Julio	$ 1.647.761	$ 271.700	44061959
19	Agosto	$ 1.647.761	$ 271.700	44388615
20	Septiembre	$ 1.647.761	$ 271.700	45014797
21	Octubre	$ 1.647.761	$ 271.700	4566/139
22	Noviembre	$ 1.647.761	$ 271.700	46314983
23	Diciembre	$ 1.647.761	$ 271.700	46951240
24	Enero	$ 1.647.761	$ 271.700	47661342
25				
26				
27				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 1.540.000	$ 36.316.224	$ 36.185.327	$ 130.897

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

OBJETO DEL CONTRATO

Prestar servicios como digitadora 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:** 2021-01-01 **Hasta:** 2021-01-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCION DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUTO O EVIDENCIA
1	1. Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE.	Recepción, digitación y verificación de formatos sivigila-covid 19	Equipos computo secretaria de salud aplicativo sistema de información del laboratorio salud pública (SILASP)
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.	Recepción, digitación y verificación de formatos sivigila-covid 19	Equipos computo secretaria de salud aplicativo sistema de información del laboratorio salud pública (SILASP)
3	3. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.	Recepción, digitación y verificación de formatos sivigila-covid 19	Equipos computo secretaria de salud aplicativo sistema de información del laboratorio salud pública (SILASP)
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.	Recepción, digitación y verificación de formatos sivigila-covid 19	Equipos computo secretaria de salud aplicativo sistema de información del laboratorio salud pública (SILASP)
5	5. Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal	Recepción, digitación y verificación de formatos sivigila-covid 19	Equipos computo secretaria de salud aplicativo sistema de información del laboratorio salud pública (SILASP)

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

Nayibe Amaya C.
Firma del Contratista

C.C. 1.022.369.056 de BOGOTA

FIRMA DEL LIDER O PROFESIONAL QUE VERIFICA LAS ACTIVIDADES	
NOMBRE:	LEIDY VIVIANA RODRIGUEZ CC:52975862
CARGO:	LIDER TRANSMISIBLES
FIRMA	
VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	LEIDY VIVIANA RODRIGUEZ CC:52975862
CARGO:	LIDER TRANSMISIBLES
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	1022369056	ALBA NAYIBE AMAYA ROMERO	CRA 51A No 38B-22 SUR	7959692	nayibe.amaya.romero@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	
2020-12	2020-12	I	04/01/2021	47661342	$277.000	

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	109.800	0		0		0	0	0	0	109.800	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
231001	Colfondos	800227940-6	140.500	0	0	0	0	0	0		140.500	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	21.400				21.400	0	0	21.400			214	21.400	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	5.300	0	0	5.300	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Dias 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	109.800	109.800
Pensión	1	140.500	140.500
Riesgos Laborales	1	21.400	21.400
CCF	1	5.300	5.300
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	277.000	277.000

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

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1022369056	ALBA NAYIBE AMAYA ROMERO		CRA 51A No 38B-22 SUR	7959692	nayibe.amaya.romero@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ. D. C.	BOGOTÁ. D.C.		NO

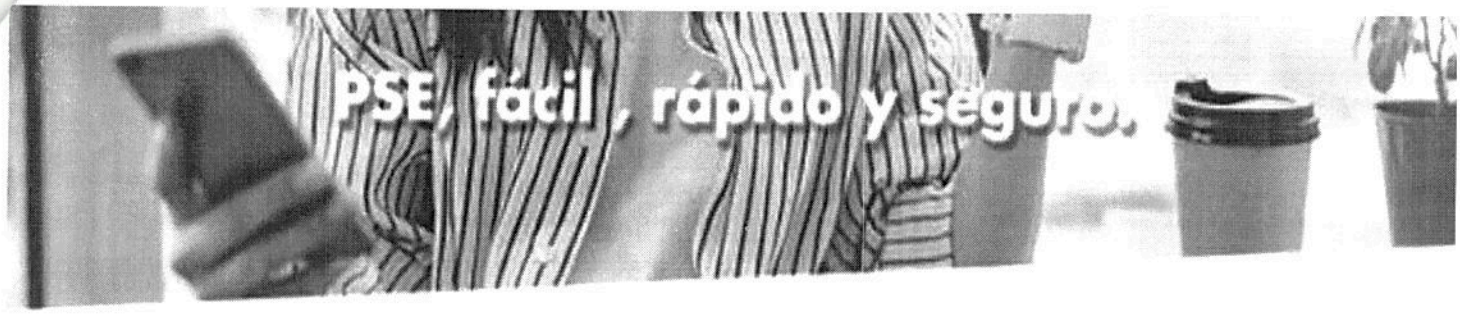
DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2020-12	2020-12	I	04/01/2021	47661342	$277.000	

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCION	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
CC	1022369056	AMAYA ROMERO ALBA NAYIBE	59	0			N																	231001	877.803	140.500	0	0	0	0	EPS008	877.803	109.800	14-7	877.803	3	21.400	CCF24	877.803	5.300	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO con base en la Ley 1581 de Compensar Operador de información



¡Hola, alba nayibe amaya romero

Gracias por utilizar los servicios de BANCO DAVIVIENDA y PSE. los siguientes son los datos de tu transacción:

Estado de la Transacción: Aprobada
CUS: 850071932
Empresa: COMPENSAR-OI
Descripcion: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
Valor de la Transacción: $ 277.000
Fecha de Transacción: 04/01/2021