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:	PS4605-2020	C.D.P. No.:	2710	Proceso al que pertenece:	PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC
				Unidad a la que pertenece:	SALUD PUBLICA - VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA
Nombre del Contratista:	NOHORAMARCELA MENDOZA LOZANO	C.C.	51.834.697	de:	BOGOTÁ
Fecha Inicio:	2020-09-01	Fecha Terminación incial:	2020-10-31	Valor Mensual:	$ 3.570.147
Valor a cobrar:	$ 3.570.147				

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 6.700.000	2710	2020-09-01	2020-10-31
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
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	JUNIO	$ 601.493	$ 145.400	43453679
2	JULIO	$ 3.570.147	$ 271.700	44080994
3	AGOSTO	$ 3.570.147	$ 439.300	44692135
4	AGOSTO		$ 2.600	44759495
5	SEPTIEMBRE	$ 3.570.147	$ 441.900	45298286
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
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
	$ 8.568.364	$ 15.268.364	$ 11.311.934	$ 3.956.430

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS DE ACUERDO A SU PERFIL ACADÉMCO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PLÚBLICA 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)	DESCRIPCION DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUTO O EVIDENCIA
1	1. Prestar servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE	Ejecutar acciones en el espacio de vigilancia epidemiologica siguiendo los lineamientos establecidos por la secretaria distrital de salud, dando cumplimiento a los direccionamientos establecidos por el supervisor del contrato.	Recepcion de fichas de notificacion, contacto telefonico, precritica, IEC y cuadro de contactos
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.	MARÍA SANTANA RODRIGUEZ NONPAQUE, CARMEN DEL SOCORRO TARAZA CLAROS, GLORIA MERCEDES GUTIERREZ GAITÁN, MARIANA AGUILAR MANSO, ANDRÉS MATHIAS BETANCUR WOLF, AISHA FARAH PERCY YEPES, MARÍA ANGÉLICA BARBOSA PABÓN,JEINY DAYANA AVILA ROBAYO,JHON ALEJANDRO SANCHEZ OTERO,LIALIANA ANDREA MARTINEZ PAEZ,RONALD SMITH CASTAÑO LÓPEZ,DIANA CAROLINA GUTIERREZ CASTILLO,LUZ ESPERANZA SANABRIA MELO,WILLIAM ALFREDO ZOLAQUE RODRIGUEZ,LUIS ARMANDO MORALES ROJAS,JOHN DANILO GARCÍA VELASQUEZ,ALEJANDRO LAVERDE GARCÍA,CECILIA RODRIGIEZ BARRETO,DAVID REYES BLANCO, NILSON YAIRD MORENO SALAMANCA,ALEXANDRA GALINDO DELGADO, DUVAN ARTURO CORREDOR,EDGAR ENRIQUE LÓPEZ PALMA, OMAR SANCHEZ GUTAQUIRA,MARÍA MATILDE MORENO GOMEZ, EIDER FERLEY DIAZ HERNANDEZ,EBER MAHECHA SERRATO,ROBERTO CARDONA GONZALEZ,ESTEFANY JULIETH ORJUELA HURTADO,CAMILO ANDRÉS CORREA RINCÓN,JUAN NICOLAS SOLANO PEDRAZA,ANGELA CRISTINA SANCHEZ RODRIGUEZ,ANTONIO MOLINA HURTADO,MARÍA DEYANIRA GUARÍN LÓPEZ,NATALIA OSPINA PAREJA,DANIEL ALONSO CHACÓN PRADO,ZUANITH YASBLEIDY BOLIVAR,LEIDE PATRICIA GUZMAN ALSLEBEN,DORIS ANDRES PEÑA ,SANTIAGO CARDENAS MENDEZ ,ANDY YULIETH ARRIENTA	Realizacion de precritica, IEC y cuadro de contactos, devoluciones y fallidas, compartida en servidor SIVIGILA2020
3	3. 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.	Asistencia a reuniones programadas por el área septiembre 6, 12 y 14.	Servidor sivigila2020-productos-reuniones de area
4	4. Diligenciar de manera completa, adecuada, ordenada y legible todos los formatos requeridos en las diferentes intervenciones de acuerdo a los anexos operativos de cada espacios de vida o componente transversal	Diligenciamiento y entrega oportuna, completa y ordenada de formatos requeridos según accion integrada	Entrega de preauditoria, fichas con precritica, servidor sivigila2020
5	Presentar mensulmente el cronograma a desarrollar	Elaborar el cronograma a desarrollar	Entrega de cronograma a desarrollar

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

Nohora Marcela Mendoza L

Firma del Contratista

C.C. 51.834.697 de BOGOTÁ

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

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	MARIA CRISTINA DUARTE GARZÓN CC 55376691
CARGO:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO EN 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	51834697	NOHORA MARCELA MENDOZA LOZANO		CARRERA 56 NO 167-29	7596134	marcemendoza07@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	
2020-08	2020-08	I	14/09/2020	45298286	$441.900	

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	228.500	0	0	0	0	0	0		228.500	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	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

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	228.500	228.500
Riesgos Laborales	1	34.800	34.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	441.900	441.900

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

compensar | miplanilla.com

REPORTE RESUMEN DE PAGO

Información básica de la planilla

Empresa:	NOHORA MARCELA MENDOZA LOZANO	**NIT:**	51834697
Tipo Planilla:	I	**Periodo liquidación Pensiones:**	agosto 2020
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	agosto 2020
Número de Radicación:	45298286	**Total a pagar:**	$441,900
Fecha de vencimiento:	30/09/2020	**Total de empleados:**	1
Fecha de Pago:	14/09/2020	**Número de Administradoras:**	3

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	**Nit recaudo:**	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	**Medio de Pago:**	Pago Electronico por PSE
Banco:	BANCO DAVIVIENDA	**Número Autorización:**	740403990
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Código	NIT	Administradoras	Num. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado
14-23	860011153	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	1		$0	$34,800
25-14	900336004	Administradora Colombiana de Pensiones -	1		$0	$228,500
EPS008	860066942	Compensar EPS	1		$0	$178,600
						$441,900

***Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.**

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