OK 15

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 1727 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

Nombre del Contratista: PAULINA ALEXANDRA HERNANDEZ ORJUELA **C.C.** 52.934.723 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2019-02-01 **Fecha Terminación Incial:** 2019-03-03 **Valor Mensual:** $ 3.570.149 **Valor a cobrar:** $ 3.523.712

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 3.000.000	536	2019-03-04	2019-04-03
2	$ 8.986.200	738	2019-04-04	2019-06-30
3	$ 3.095.336	1611	2019-07-01	2019-09-03
4	$ 6.201.800	1901	2019-09-04	2019-10-15
5	$ 4.138.458	2561	2019-10-16	2019-11-21
6	$ 5.540.984	2988	2019-11-22	2020-01-03
7	$ 2.792.586	3563	2020-01-04	2020-03-03
8	$ 3.499.148	189	2020-01-08	2020-03-03
9	$ 3.095.400	597	2020-03-04	2020-04-03
10	$ 3.095.400	960	2020-04-04	2020-05-03
11	$ 3.095.400	1397	2020-05-04	2020-06-03
12	$ 3.584.444	1499	2020-06-04	2020-06-30
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	FEBRERO	$ 3.000.000	$ 371,30	32630322
2	MARZO	$ 3.000.000	$ 371,30	33185724
3	ABRIL	$ 3.095.400	$ 371,30	33652243
4	MAYO	$ 3.095.400	$ 383,70	34428628
5	JUNIO	$ 3.095.400	$ 383,70	35071989
6	JULIO	$ 3.095.336	$ 383,70	35662389
7	AGOSTO	$ 3.095.400	$ 383,70	36326632
8	SEPTIEMBR	$ 3.095.400	$ 383,70	36955295
9	OCTUBRE	$ 3.095.400	$ 383,70	37600649
10	NOVIEMBRE	$ 3.095.400	$ 383,70	38257296
11	DICIEMBRE	$ 3.095.400	$ 383,70	38882982
12	ENERO	$ 3.095.400	$ 383,70	39566245
13	FEBRERO	$ 3.095.400	$ 383,70	40187678
14	MARZO	$ 3.095.400	$ 383,70	40822762
15	ABRIL	$ 3.095.400	$ 383,70	41519064
16	MAYO	$ 3.095.400	$ 383,70	42121593
17	JUNIO	$ 302.814 $ 3.220.898	$ 222.500	42836369
18				
19				
20				
21				
22				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 3.300.000	$ 53.425.156	$ 52.859.248	$ 565.908

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:** 2020-06-01 **Hasta:** 2020-06-30

	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 ma	Orientacion de las acciones para las intervenciones individuales y	Contacto telefonico a usuarios y
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.	1. Participación en reuniones del area de vigilancia en salud publica. 2. Participacion en alertas epidemiologicas. 3.Seguimiento telefonico a contactos de casos probables y positivos de COVID19, registro de informacion pertinente obtenida en el seguimiento, realizacion de IEC. 4.Verificacion y registro de informacion de casos hospitalizados, casos pendientes de toma de muestra y llamadas fallida.	Entrega de carpeta de IEC en el servidor de SIVIGILA 2020. Las reuniones virtuales se soportan en el servidor del área de vigilancia, sivigila 2020/ gestión/ reuniones
3	Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.	Diligenciamiento del cronograma mensualmente en el que se consignan las actividades programadas durante el mes siguiente acordes a las acciones establecidas en el lineamineto	Formato en fisico entregado a la lider del proceso
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 estandares de habilitacion y acreditacion de los servicios de salud	Se desarrollan actividades en vigilancia en salud pública. Se realizan seguimientos telefonicos a casos probables y positivos de COVID 19, según directriz del área de vigilancia y se diligencia información que luego es subida a la carpeta correspondiente.	Entrega de carpeta de IEC en el servidor de SIVIGILA 2020. Las reuniones virtuales se soportan en el servidor del área de vigilancia, sivigila 2020/ gestión/ reuniones
5	Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada esapacio de vida o componente transversal.	No aplica. Para el mes de Junio del 2020 se realizan actividades en vigilancia en salud publica, linea seguimientos covid 19. Se realizan seguimientos telefonicos según directriz del área de vigilancia y se diligencia información pertinente de cada caso.	Diligenciamiento de IEC, seguimiento a contactos y lineas de tiempo.

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

Paulina Hernández Orjuela
Firma del Contratista

C.C. 52.934.723 de BOGOTA

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICA LAS ACTIVIDADES	
NOMBRE:	CINDY VIVIANA ROJAS RODRIGUEZ
CARGO:	LIDER IEC COVID19
FIRMA	Cindy Viviana Rojas
FIRMA DEL SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	MARIA CRISTINA DUARTE GARZON
CARGO:	COORDINADORA VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA
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	52934723	PAULINA ALEXANDRA HERNANDEZ ORJUELA		CL 38 BIS 33 77 S	7204626	PAHO02@HOTMAIL.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
2020-05	2020-05	I	06/06/2020	42836369	TOTAL A PAGAR	
					$248.000	

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	155.000	0		0		0	3	400	0	155.400	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
230301	Porvenir	800224808-8	37.200	0	0	0	0	3	100	0	37.300	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 Bolívar S.A.	860002503-2	30.300				30.300	3	100	30.400			303	30.400	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	24.800	3	100	24.900	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	155.000	155.400
Pensión	1	37.200	37.300
Riesgos Laborales	1	30.300	30.400
CCF	1	24.800	24.900
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	247.300	248.000

PAGADA
42836369

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

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	52934723	PAULINA ALEXANDRA HERNANDEZ ORJUELA		CL 38 BIS 33 77 S	7204626	PAHO02@HOTMAIL.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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2020-05	2020-05	I	08/06/2020	42836369	$248.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Pensión	Salud	Riesgos	Caja de Compensación	Exonerado	Ing	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	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	52934723	HERNANDEZ ORJUELA PAULINA ALEXANDRA	59	0			N																	230301	1.240.000	37.200	0	0	0	0	EPS008	1.240.000	155.000	14-7	1.240.000	3	30.300	CCF24	1.240.000	24.800	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Comprobante

de pago en línea



COMPENSAR-OI

Pago realizado por: PAULINA ALEXANDRA HERNADEZ ORJUELA

Nro. de recibo: 42836369

Descripción del pago: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Identificación del contribuyente: 179.18.43.65

Concepto: CC

Razón Social: 52934723

Fecha y hora de la transacción: Lunes 8 de Junio de 2020 02:14:27 PM

Nro. de comprobante: 0000055441

Valor pagado: $ 248,000.00

Cuenta: *******2960

Bancolombia S.A.

Comuníquese con nuestra Sucursal Telefónica Bancolombia. Bogotá 343 0000 - Medellín 510 9000 - Cali 554 0505 - Barranquilla 361 8888 - Cartagena 693 4400 - Bucaramanga 697 2525 - Pereira 340 1213 - El resto del país 01 800 09 12345 - Sucursales Telefónicas en el exterior: España 900 995 717 - Estados Unidos 1866 379 9714, en caso de recibir una alerta o notificación de una transacción que presenta alguna irregularidad.

Bancolombia nunca le solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com