licencia de maternidad

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:	PS1755-2019	**C.D.P. No.:**	188	**Proceso al que pertenece:**	PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC
				Unidad a la que pertenece:	SALUD PUBLICA - VIGILANCIA EN SU SALUD PUBLICA

Nombre del Contratista: PAOLA CAROLINA DEVIA BUITRAGO **C.C.** 1.026.257.506 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2019-02-01 **Fecha Terminación incial:** 2019-03-03 **Valor Mensual:** $ 2.197.015 **Valor a cobrar:** $ 1.170.120

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 2.788.936	2988	2019-11-21	2020-01-03
2	$ 1.442.838	3563	2020-01-04	2020-03-03
3	$ 1.599.290	597	2020-03-04	2020-04-03
4	$ 1.599.290	960	2020-04-04	2020-05-03
5	$ 1.599.290	1397	2020-05-04	2020-06-03
6	$ 1.853.093	1499	2020-06-04	2020-07-03
7	$ 4.540.866	1657	2020-07-01	2020-08-31
8	$ 4.394.030	2710	2020-09-01	2020-10-31
9	$ 1.480.597	3615	2020-11-01	2020-11-20
10	$ 728.358	3782	2020-11-21	2020-11-30
11	$ 1.098.480	3919	2020-12-01	2020-12-15
12	$ 2.232.835	4111	2020-12-16	2021-01-15
13	$ 1.098.480	108	2021-01-16	2021-01-31
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	ENERO	$ 1.599.290	$ 256.300	8340106835
2	FEBRERO	$ 1.599.290	$ 271.700	8340732999
3	MARZO	$ 1.599.290	$ 271.700	8341400239
4	ABRIL	$ 1.599.290	$ 271.700	8342549354
5	MAYO	$ 1.599.290	$ 157.600	8342735611
6	JUNIO	$ 156.452	$ 157.600	8344052246
7		$ 1.982.090		
8	JULIO	$ 2.197.015	$ 271.700	8344179175
9	AGOSTO	$ 2.197.015	$ 272.100	8345248266
10	SEPTIEMBRE	$ 2.197.015	$ 272.100	8345457534
11	OCTUBRE	$ 2.197.015	$ 272.100	8346108866
12	NOVIEMBRE	$ 2.197.015	$ 272.100	8346736180
13	DICIEMBRE	$ 2.197.015	$ 272.100	47443482
14	ENERO	$ 1.170.120	$ 272.100	47443482
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 1.705.000	$ 43.090.990	$ 41.887.552	$ 1.203.438

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA DESARROLLANDO ACTIVIADADES 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:** 2021-01-16

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCION DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUTO O EVIDENCIA
1	Prestar sus cervicioa para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE.	1.Seguimientos COVID	1.Reporte en la base de seguimiento de actividades . 2.Soporte de evidencia de los casos probables en correo. seguimientocoronavirus2020@gmail.com y soporte de casos en el correo notificacionescovidco@gmail.com
2	Apoyar la prestacion de servicios en el Pic, presentando la informacion y/o soportes que soliciten y que corresponda al objeto y/o actividedes contractuales y de acuerdo a los anexos y lineamientos contenidos en el Contrato suscrito con el Fondo Distrital.	1.Realizacion a caso seguimiento COVID 19 2.Retroalimntacion de las bases en los correos asignados para esta actividad diariamente los casos y sus respectivos contactos.	1.Reporte en la base de seguimiento de actividades . 2.Soporte de evidencia de los casos probables en correo. seguimientocoronavirus2020@gmail.com y soporte de casos en el correo notificacionescovidco@gmail.com
3	Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.	1.Presentar cronograma de actividades del mes enero 2021	1.Reporte de cronograma de actividades
4	Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidades dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estandares de habilitacion y acreditacion de servicios de salud.	1.Apoyo seguimiento diario a casos y contactos según asignacion de lider de vigilancia en salud publica encargada Asistencia a reunion de area 2..Seguimiento casos asignados COVID	1.En los respectivos correos se encuentra los casos asignados y reporte de llamadas telefonicas seguimientocoronavirus2020@gmail.com y en el correo notificacionescovidco@gmail.com
5	Realizar las visitas en campo deacuerdo a los anexos operativos de cada espacios de vida o componente trasversal. Contenidos en el formato de necesidad de contrato.	1.Asistencia a capacitaciones seguimientos COVID	1. Se evidencia en correo de notificacionescovidco@gmail.com

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

PAOLA CAROLINA DEVIA.

Firma del Contratista

C.C. 1.026.257.506 **de** BOGOTA

FIRMA DEL LIEDER O PROFESIONAL QUE VERIFICA LAS ACTIVIDADES	
NOMBRE:	LADY VIVIANA RODRIGUEZ GALINDO CC 52975862
CARGO:	LIDER OPERATIVA
FIRMA	
VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	LADY VIVIANA RODRIGUEZ GALINDO
CARGO:	REFERENTE ENCARGADA VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA
FIRMA	

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

Ps_1755_2019_PAOLA_CAROLINA_DEVIA_BUITRAGO

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1026257506	PAOLA CAROLINA DEVIA BUITRAGO		CR 78 A SUR 47 -3 0 APTO 101 TORRE A	2998594	pao-mil20@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		2020/12/28		84297 TOTAL A PAGAR	
2020-12	2020-12	I	28/12/2020	47443482	$272.100	

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	109.900	0		0		0	0	0	0	109.900	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	140.700	0	0	0	0	0	0		140.700	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	21.500				21.500	0	0	21.500			215	21.500	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	109.900	109.900
Pensión	1	140.700	140.700
Riesgos Laborales	1	21.500	21.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	272.100	272.100

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	1026257506	PAOLA CAROLINA DEVIA BUITRAGO		CR 78 A SUR 47 -3 0 APTO 101 TORRE A	2998594	pao-mil20@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: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2020-12	2020-12	I	28/12/2020	47443482	$272.100

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
Tipo	No. de Identificacion	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotizacion	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotizacion / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotizacion	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC	1026257506	DEVIA BUITRAGO PAOLA CAROLINA	59	0			N																	230201	878.806	140.700	0	0	0	0	EPS008	878.806	109.900	14-7	878.806	3	21.500		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

PS-1755-2019-PAOLA-CAROLINA-DEVIA-BUITRAGO

compensar | miplanilla.com

REPORTE RESUMEN DE PAGO

Información básica de la planilla

Empresa:	PAOLA CAROLINA DEVIA BUITRAGO	**NIT:**	1026257506
Tipo Planilla:	I	**Periodo liquidación Pensiones:**	diciembre 2020
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	diciembre 2020
Número de Radicación:	47443482	**Total a pagar:**	$272,100
Fecha de vencimiento:	31/03/2021	**Total de empleados:**	1
Fecha de Pago:	28/12/2020	**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:**	842916958
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
14-7	860002503	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	1		$0	$21,500
230201	800229739	Proteccion (ING + Proteccion)	1		$0	$140,700
EPS008	860066942	Compensar EPS	1		$0	$109,900
						$272,100

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