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 4190 2020	**C.D.P. No.:**	1273
Proceso al que pertenece:	PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC		
Unidad a la que pertenece:	SALUD PUBLICA -VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA		
Nombre del Contratista:	MARIA TERESA MEDINA TRUJILLO	**C.C.**	53.046.627
de:	BOGOTA		
Fecha Inicio:	2020-05-14	**Fecha Terminación incial:**	2020-06-03
Valor Mensual:	$ 3.570.149	**Valor a cobrar:**	$ 3.570.149

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 3.057.322	1499	2020-04-06	2020-06-30
2	$ 7.303.881	1657	2020-07-01	2020-08-31
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	MAYO	$ 1.169.385	$ 250.300	8897207080
2	JUNIO	$ 302.811 $ 3.220.895	$ 250.300	1028851760
3	JULIO	$ 3.570.149	$ 436.200	43415615/44064039/43470686
4	AGOSTO	$ 3.570.149	$ 441.900	44687308
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 2.063.621	$ 12.424.824	$ 11.833.389	$ 591.435

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO PSICOLOGÍA 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 período: **Desde:** 2020-08-01 **Hasta:** 2020-08-31

	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 ESE.	Prestar servicios como universitario en psicología desarrollando actividades en el plan de salud publica de intervenciones colectivas de la subred integrada de servicios de salud centro oriente e.s.e. Seguimiento a contactos de casos sospechosos y positivos de COVID 19, registro de información pertinente del seguimiento realizado. Verificación casos pendientes de toma de muestra, llamadas fallidas y el registro de esta informacion pertinente. Realizar verificacion de dato espacial de bases SIVIGILA.	\\ubh-srv-001\Vigilancia Epidemiologica\SIVIGILA_2020\EC\EC_SIVIGILA\34 6_COVID19 y \\ubh-srv-001\Vigilancia Epidemiologica\SIVIGILA_2020\EC\EC_SIVIGILA\34 6_COVID_19
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.	Registro de seguimiento a contactos casos sospechos de COVID 19. Apoyo a proceso de seguimiento IEC COVID 19. Realización de seguimiento telefónico a casos de COVID-19,en promedio de 40 casos semales. Aporte a la construcción de informe de casos positivos y reporte diario de casos positivos.	\\ubh-srv-001\Vigilancia Epidemiologica\SIVIGILA_2020\EC\EC_SIVIGILA\34 6_COVID19 y \\ubh-srv-001\Vigilancia Epidemiologica\SIVIGILA_2020\EC\EC_SIVIGILA\34 6_COVID_19
3	Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.	Se proyectara el cronograma de actividades para el mes de SEPTIEMBRE del 1 a 30	Se hace entrega final de mes en la pre auditoria con los demas soportes
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.	Presentación de soportes de actividades de seguimientos telefonicos casos COVID 19. Presentación de soportes diarios de actividades.	\\ubh-srv-001\Vigilancia Epidemiologica\SIVIGILA_2020\EC\EC_SIVIGILA\34 6_COVID19 y \\ubh-srv-001\Vigilancia Epidemiologica\SIVIGILA_2020\EC\EC_SIVIGILA\34 6_COVID_19
5	Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal.	Seguimiento a casos de forma telefonica y virtual según programacion de actividades de acuerdo a alerta en salud y requerimientos del estado por COVID 19	\\ubh-srv-001\Vigilancia Epidemiologica\SIVIGILA_2020\EC\EC_SIVIGILA\34 6_COVID19 y \\ubh-srv-001\Vigilancia Epidemiologica\SIVIGILA_2020\EC\EC_SIVIGILA\34 6_COVID_19

Observaciones:	**Firma del Contratista**
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	**C.C.** 53.046.627 **de** BOGOTA

FIRMA DE LIDER O PROFESIONAL QUE VERIFICA LAS ACTIVIDADES	
NOMBRE:	Lady Viviana Rodríguez Galindo - Cc 52975862
CARGO:	LIDER OPERATIVA EN VIGILANCIA EN SALUD
FIRMA	

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	MARIA CRISTINA DUARTE GARZON CC 35378691
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	53046627	MARIA TERESA MEDINA TRUJILLO	CRA 14 1-05 BL 7 APTO 208	9201099	medinamaryte@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
2020-07	2020-07	I		44697308	$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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	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										
14-7	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

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

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	53046627	MARIA TERESA MEDINA TRUJILLO	CRA 14 1-05 BL 7 APTO 208	9201099	medinamaryte@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
2020-07	2020-07	I		44687308	$441.900

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	Estudiante	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	53046627	MEDINA TRUJILLO MARIA TERESA	59	0			N								X									230201	1.428.059	228.500	0	0	0	0	EPS017	1.428.059	178.600	14-7	1.428.059	3	34.800		0	0	0	0	0	0	0	0

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

Social |

Pago de servicios electrónicos

Resultado de la transacción

Transacción exitosa.

Apreciado cliente. Pago sujeto a aprobación. Para concluir, por favor seleccione la opción "Regresar al comercio" y verifique el estado final de la transacción. Si tiene algún inconveniente, comuníquese con la entidad con la que liquidó su planilla o con el comercio desde el cual está realizando la compra o pago.

FECHA Y HORA
12 agosto 2020 10:37 am

DIRECCIÓN IP. 186.84.90.193

NÚMERO DE TRANSACCIÓN
APII0225320137346294

NÚMERO DE CONFIRMACIÓN
62943ZOJ

NOMBRE DEL COMERCIO	COMPENSAR-OI
NIT DEL COMERCIO	9998600669427
CÓDIGO DEL SERVICIO	99000
VALOR DE LA TRANSACCIÓN	$441.900,00
VALOR DEL IMPUESTO	$0,00
REFERENCIA DE PAGO	44687308
FECHA DE LA SOLICITUD	12 agosto 2020
REFERENCIA 1	186.84.90.193
REFERENCIA 2	CC
REFERENCIA 3	53046627
CÓDIGO DE LA TRANSACCIÓN (CUS)	709895311
CICLO DE LA TRANSACCIÓN	3
DESCRIPCIÓN DEL PAGO	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
CUENTA ORIGEN	Cuentamiga / nomina *******2588