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-2176-2019	**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 AMBIENTAL

Nombre del Contratista: LADY JOHANNA LOPEZ BONILLA **C.C.** 1.033.695.851 **de:** BOGOTA

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

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 1.550.000	536	2019-03-04	2019-04-03
2	$ 4.642.870	738	2019-04-04	2019-08-03
3	$ 1.599.290	1704	2019-08-04	2019-09-03
4	$ 3.209.580	1901	2019-09-04	2019-10-15
5	$ 2.138.232	2561	2019-10-16	2019-11-21
6	$ 2.857.936	2988	2019-11-22	2020-01-03
7	$ 1.442.838	3563	2020-01-04	2020-03-03
8	$ 1.807.893	189		
9	$ 1.599.290	597	2020-03-04	2020-04-03
10	$ 1.599.290	960	2020-04-04	2020-05-03
11	$ 1.477.605	1397	2020-05-04	2020-06-03
12	$ 1.877.093	1499	2020-06-04	2020-06-30
13	$ 4.540.866	1657	2020-07-01	2020-08-31
14	$ 4.394.030	2710	2020-09-01	2020-10-31
15	$ 1.480.597	3615	2020-11-01	2020-11-20
16	$ 728.358	3782	2020-11-21	2020-11-30
17	$ 2.196.960	3918	2020-12-01	2020-12-31
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	$ 1.550.000	$ 256.300	32706893-PLANILLA ENERO
2	MARZO	$ 1.550.000	$ 256.300	33295630-PLANILLA FEBRERO
3	ABRIL	$ 1.599.290	$ 256.300	33912031-PLANILLA MARZO
4	MAYO	$ 1.599.290	$ 256.300	34539160-PLANILLA ABRIL
5	JUNIO	$ 1.599.290	$ 256.300	8335176497-PLANILLA MAYO
6	JULIO	$ 1.599.290	$ 256.300	35966926-PLANILLA JUNIO
7	AGOSTO	$ 1.599.290	$ 256.300	36438592-PLANILLA JULIO
8	SEPTIEMBRE	$ 1.599.290	$ 256.300	37069100-PLANILLA AGOSTO
9	OCTUBRE	$ 1.599.290	$ 256.300	37699993-PLANILLA SEPTIEMBRE
10	NOVIEMBRE	$ 1.599.290	$ 256.300	51733966-PLANILLA OCTUBRE
11	DICIEMBRE	$ 1.599.290	$ 256.300	39002076-PLANILLA NOVIEMBRE
12	ENERO	$ 1.599.290	$ 256.300	39670494-PLANILLA DICIEMBRE
13	FEBRERO	$ 1.599.290	$ 271.700	40188268-PLANILLA ENERO
14	MARZO	$ 1.599.290	$ 271.700	574429246-PLANILLA FEBRERO
15	ABRIL	$ 1.599.290	$ 271.700	41616449-PLANILLA MARZO
16	MAYO	$ 1.477.605	$ 157.442	42513535 PLANILLA ABRIL
17	JUNIO	$ 156.452 $ 1.982.090	$ 157.442	42972147-PLANILLA MAYO
18	JULIO	$ 2.197.015	$ 271.700	43807429- PLANILLA JUNIO
19	AGOSTO	$ 2.197.015	$ 272.100	44652185- PLANILLA JULIO
20	SEPTIEMBRE	$ 2.197.015	$ 272.100	45018264-PLANILLA AGOSTO
21	OCTUBRE	$ 2.197.015	$ 272.100	45664821-PLANILLA SEPTIEMBRE
22	NOVIEMBRE	$ 2.197.015	$ 272.100	46311732-PLANILLA OCTUBRE
23	DICIEMBRE	$ 2.197.015	$ 272.100	46947725-PLANILLA NOVIEMBRE

Resumen de contrato	VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
	$ 1.705.000	$ 40.847.728	$ 40.689.007	$ 158.721

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA 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 perio **Desde:** 2020-12-01 **Hasta:** 2020-12-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCION DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUTO O EVIDENCIA
1	PRESTAR SUS SERVICIOS PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES EN EL MARCO DEL CONTRATO SUSCRITO CON FFD Y LA ESE	DESARROLLAR ACTIVIDADES COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN LA LINEA DE AIRE, RUIDO Y REM ACORDES A LO ESTABLECIDO POR LOS LINEAMIENTOS DISTRITALES PARA EL PROCESO, ASI COMO LO DEMAS PARA QUE ESTE SE DISPONGA POR PARTE DE LA S.D.S Y LA SUBRED CENTRO ORIENTE.	ENCUESTAS EN LAS TEMATICAS DE AIRE, RUIDO Y REM VIA TELEFONICA, MATRIZ COVID 19
2	APOYAR LA PRESTACION DE SERVICIOS EN EL PIC, PRESENTANDO LA INFORMACION 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.	ENTREGA DE ENCUESTAS EN LA TEMATICA AIRE, RUIDO Y REM 80 EN LOCALIDADES RAFAEL URIBE, SAN CRISTOBAL. DILIGENCIAMIENTO MATRIZ COVID-19	80 ENCUESTAS EN FISICO, DILIGENCIAMIENTO MATRIZ COVID DRIVE
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 ESTANDARES DE HABILITACION Y ACREDITACION DE SERVICIOS DE SALUD.	REALIZAR ADECUADAMENTE Y CON CALIDAD CADA UNA DE LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS PARA EL MES Y EJECUTARLAS AL 100%	ENCUESTAS EN LAS TEMATICAS DE AIRE, RUIDO Y REM EN APLICATIVO SIVIGILA
4	PRESENTAR MENSUALMENTE EL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR	REALIZAR ENVIO DE CRONOGRAMA CORRESPONDIENTE AL MES DE ENERO 2021 POR CORREO ELECTRONICO	CRONOGRAMA EN MEDIO MAGNETICO
5	REALIZAR LAS VISITAS EN CAMPO DE ACUERDO A LOS ANEXOS OPERATIVOS DE CADA ESPACIO DE VIDA O COMPONENTE TRANSVERSAL. CONTENIDAS EN EL FORMATO DE NECESIDAD DE PERSONAL QUE HACE PARTE INTEGRAL DEL PRESENTE CONTRATO.	ENCUESTAS REALIZADAS EN LA TEMATICA DE AIRE DE ADULTO MAYOR, MENORES DE 5 AÑOS, NIÑOS DE 5 A 14 AÑOS, REM, RUIDO POBLACIONAL Y ESTUDIANTIL POR SEGUIMIENTO TELEFONICO DENTRO DE LAS MANZANAS ALEATORIAS.	34 ENCUESTAS LOCALIDAD RAFAEL URIBE, 46 ENCUESTAS LOCALIDAD SAN CRISTOBAL
6			

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

Firma del Contratista

C.C. 1.033.695.851 **de** BOGOTA

FIRMA DEL LIDER O PROFESIONAL QUE VERIFICA LAS ACTIVIDADES	
NOMBRE:	OSCAR MORENO URREGO- CC 80850442
CARGO:	LIDER OPERATIVO AIRE, RUIDO Y REM & CAMBIO CLIMATICO
FIRMA	

FIRMA DEL SUPERVISOR DE CONTRATO	
NOMBRE:	JAVIER RICARDO PEÑUELA PEREZ- CC 79913818
CARGO:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO 2 - REFERENTE DE PROCESO
FIRMA	

Dr. Javier Ricardo Peñuela P.
Apoyo a la Vigilancia en Salud Pública
Exp. Sanidad Distrital
T.P. 0614 / R.C.S.M.

DAVIVIENDA

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS
790835377

Destino de pago
COMPENSAR-OI

Motivo
MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Fecha
05/11/2020

Número de aprobación
00835377

Dirección IP
186.84.90.230

Valor transacción
$ 272.100,00

Referencia 1	Referencia 2	Referencia 3
186.84.90.230	CC	1033695851

VIGILADO Banco Davivienda S.A. Todos los derechos reservados 2017.

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	1033695851	LADY JOHANNA LOPEZ BONILLA	CLL 55 SUR No 18 B - 40	7343949	jhobis88@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	
2020-11	2020-11	I	03/12/2020	46947725	$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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	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
231001	Colfondos	800227940-6	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	1
ICBF				
0	0	0	0	1
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

PAGADA 46947725

2176-2019

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