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-1877-2019	C.D.P. No.:	188	Proceso al que pertenece:	PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC
				Unidad a la que pertenece:	SALUD PUBLICA - ESPACIO PUBLICO
Nombre del Contratista:	LEIDY YOHANA ORTIZ FONSECA			C.C.	53.165.810 de: BOGOTÁ
Fecha Inicio:	2019-01-02	Fecha Terminación incial:	2019-03-03	Valor Mensual:	$ 3.570.149 Valor a cobrar: $ 3.570.149

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 3.000.000	536	2019-03-04	2019-04-03
2	$ 8.986.200	738	2019-04-04	2019-03-08
3	$ 3.095.400	1611	2019-08-04	2019-09-04
4	$ 6.706.485	1901	2019-09-05	2019-10-15
5	$ 4.138.458	2561	2019-10-16	2019-11-20
6	$ 5.540.984	2988	2019-11-21	2020-01-03
7	$ 2.792.586	3563	2020-01-04	2020-03-03
8	$ 3.499.148	189		
9	$ 2.400.000	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	$ 658.414	1499	2020-06-04	2020-06-30
13	$ 11.000.000	1657	2020-07-01	2020-08-31
14	$ 7.140.300	2710	2020-09-01	2020-10-31
15	$ 2.405.970	3615	2020-11-01	2020-11-20
16	$ 500.000	3782	2020-11-21	2020-11-30
17	$ 1.785.076	3919	2020-12-01	2020-12-15
18	$ 5.355.224	4112	2020-12-16	2021-01-31
19	$ 3.570.149	218	2021-02-01	2021-02-28
20				
21				
22				
23				
24				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	FEBRERO	$ 3.000.000	$ 371.300	32971846
2	MARZO	$ 3.000.000	$ 371.300	33656761
3	ABRIL	$ 3.095.400	$ 371.300	34215020/34286074
4	MAYO	$ 3.095.400	$ 383.200	34215020/34286074
5	JUNIO	$ 3.095.400	$ 383.200	35347012
6	JULIO	$ 3.095.400	$ 383.200	36009169
7	AGOSTO	$ 3.095.400	$ 383.200	36601101
8	SEPTIEMBRE	$ 3.095.400	$ 383.200	37406003
9	EXTRAS-SEPT	$ 504.690	$ 445.700	37905430
10	OCTUBRE	$ 3.095.400	$ 445.700	37905430
11	NOVIEMBRE	$ 3.095.400	$ 383.200	38678948
12	DICIEMBRE	$ 3.095.400	$ 383.200	39282907
13	ENERO	$ 1.547.700	$ 383.200	544741100
14	FEBRERO	$ 1.547.700	$ 271.700	40639303
15	MARZO	$ 3.095.400	$ 271.700	41220097
16	ABRIL	$ 3.095.400	$ 383.200	41951913
17	MAYO	$ 3.095.400	$ 222.200	42594835
18	MAYO-EXTRAS	$ 420.575	$ 30.100	43508278
19	JUNIO	$ 3.523.706	$ 222.200	43415295
20	JULIO	$ 3.570.149	$ 436.200	44026336
21	AGOSTO	$ 3.570.149	$ 436.200	44637811
22	SEPTIEMBRE	$ 3.570.149	$ 442.300	45259243
23	OCTUBRE	$ 3.570.149	$ 442.300	45932032
24	NOVIEMBRE	$ 3.570.149	$ 442.300	46497090
25	DICIEMBRE	$ 3.570.149	$ 442.300	47112364
26	ENERO 2021	$ 3.570.149	$ 442.300	47732049
27	FEBRERO 2021	$ 3.570.149	$ 442.300	48405800

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 3.000.000	$ 81.765.194	$ 79.250.363	$ 2.514.831

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN TRABAJO SOCIAL 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: 2021-02-01 Hasta: 2021-02-28

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUTO O EVIDENCIA
1	1. Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades ene l marco del contrato suscritocon FFD Y E.S.E	Participación en reuniones del espacio publico, realizada desde la coordinación y desde la Estrategia de Caracterización barrial y comunitaria COVID19	Actas
2	2. Apoyar la prestacion de servicios en el PIC, presentando la informacion y/o soportes que soliciten y 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	* Direccionamiento de los equipos de caracterización barrial en COVID-19 * Participación en reuniones al interior de la subred para el análisis en la mitigación de la COVID-19, avances y operación de estrategias * Informes de caracterización de ZCE * Ajuste de documento con características de articulo científico que dé cuenta de los resultados de las acciones desarrolladas en las Zonas de Cuidado Especial en concordancia con el plan de análisis Distrital diseñado y la base de datos del producto. * Control de calidad del diligenciamiento de la información en campo. * Participar en las asistencias técnicas distritales y direccionamientos para la operación del lineamiento. * Diligenciamiento de la matriz de emergencia por COVID 19	Herramientas WEB Actas Instrumento de caracterizacion barrial y comunitaria
3	3. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar	Se presenta cronograma por medio fisico y magnetico del mes	Cronograma por medio fisico
4	4. Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejormiento de los diferentes estandares de habilitacion y acreditacion del servicio de salud	Se realizo apoyo a las actividades que estan sujetas al objeto contractual	Actas
5	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	Realizar observación dirigida con el fin de identificar condiciones y factores que afectan positiva o negativamente las posibilidades sociales de distanciamiento o confinamiento mediante la aplicación del instrumento de caracterización entregado por la Secretaria Distrital de Salud en las zonas de cuidado especial de la subred centro oriente. Realizacion de encuentas a residentes seleccionados en las muestras por conveniencias y probabilistica en conglomerados en los microterritorios de las localidades de la subred integrada de servicios en salud centro oriente.	Instrumento de caracterizacion barrial y comunitaria Matrices Drive

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. 53.165.810 de BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	RAMIRO RAMIREZ AREVALO CC. 80149559
CARGO:	LIDER CARACTERIZACIÓN BARRIAL Y COMUNITARIA
FIRMA	

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	LUISA FERNANDA HERNANDEZ PLAZA CC. 52713845
CARGO:	REFERENTE DEL ESPACIO PUBLICO
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	53165810	LEIDY YOHANA ORTIZ FONSECA	CARRERA 81F No 52 A 40 Sur	2734988	leidyortizf@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
2021-01	2021-01	I	04/02/2021	48405800	$470.900

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	178.700	0		0		0	0	0	0	178.700	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	228.700	0	0	0	0	0	0		228.700	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	34.900				34.900	0	0	34.900			349	34.900	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	28.600	0	0	28.600	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	178.700	178.700
Pensión	1	228.700	228.700
Riesgos Laborales	1	34.900	34.900
CCF	1	28.600	28.600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	470.900	470.900

PAGADA 48405800

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

DAVIVIENDA

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS
882492840

Destino de pago
COMPENSAR-OI

Motivo
MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Fecha
03/02/2021

Número de aprobación
00492840

Dirección IP
181.247.18.248

Valor transacción
$ 470.900,00

Referencia 1	Referencia 2	Referencia 3
181.247.18.248	CC	53165810

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