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-1767-2019 **C.D.P. No.:** 188 **Proceso al que pertene** PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC
Unidad a la que perten PLAN SALUD PUBLICA EPIDEMIOLOGIA

Nombre del Contratista: DIANA KATHERINE CASALLAS FRANCO **C.C.** 20.906.420 **de:** SAN JUAN DE RIOSECO

Fecha Inicio: 2019-01-02 **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	$ 1.236.841	1704	2019-08-04	2019-09-03
4	$ 3.209.580	1901	2019-09-04	2019-10-14
5			2020-01-21	2020-05-21
6	$ 200.000	597	2020-03-04	2020-04-03
7	$ 1.599.290	960	2020-04-04	2020-05-03
8	$ 1.599.290	1397	2020-05-04	2020-06-03
9	$ 1.444.480	1499	2020-06-04	2020-06-30
10	$ 4.977.397	1657	2020-07-01	2020-08-31
11	$ 4.394.030	2710	2020-08-01	2020-10-31
12	$ 1.480.597	3615	2020-11-01	2020-11-20
13	$ 728.358	3782	2020-11-21	2020-11-30
14	$ 1.098.480	3919	2020-12-01	2020-12-15
15	$ 2.197.015	4111	2020-12-16	2021-01-15
16	$ 1.098.480	108	2021-01-16	2021-01-31
17	$ 2.197.015	218	2021-02-01	2021-02-28
18				
19				
20				
21				
22				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD	NÚMERO DE PLANILLA
1	FEBRERO	$ 1.188.333	$ 256.300	32973258
2	MARZO	$ 1.550.000	$ 256.300	33579226
3	ABRIL	$ 1.599.290	$ 256.300	34252599
4	MAYO	$ 1.599.290	$ 256.300	34581966
5	JUNIO	$ 1.599.290	$ 256.300	35309611
6	JULIO	$ 582.350	$ 256.300	35937292
7	ENERO	$ 533.096	$ 256.300	40376371
8	FEBRERO	$ 1.599.290	$ 256.300	40376371
9	MARZO	$ 1.599.290	$ 256.300	41140159
10	ABRIL	$ 1.599.290	$ 256.300	41868163
11	MAYO	$ 1.599.290	$ 271.700	42537325
12	JUNIO	$ 156.452 $ 1.982.090	$ 271.700	43313124
13	JULIO	$ 2.197.015	$ 271.700	44027716
14	AGOSTO	$ 2.197.015	$ 271.700 $ 400	44571582 44705532
15	SEPTIEMBRE	$ 2.197.015	$ 272.100	45224479
16	OCTUBRE	$ 2.197.015	$ 272.100	45903778
17	NOVIEMBRE	$ 2.197.015	$ 272.100	46494832
18	DICIEMBRE	$ 2.197.015	$ 272.100	47082250
19	ENERO	$ 2.197.015	$ 272.100	47601283
20	FEBRERO	$ 2.197.015	$ 281.200	48359094
21				
22				

Resumen de contrato	VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
	$ 1.705.000	$ 35.358.723	$ 34.763.471	$ 595.252

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 pe **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	Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE	seguimiento COVID	Drive correos: 192.168.103.57/Vigilancia.Epidemiologica SIVIGILA2020/IEC_SIVIGILA
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.	Realizacion de busqueda de datos en los diferentes aplicativos envio de correos para solicitud de datos, hc y fichas asignados para la actividad diariamente	Drive correos: 192.168.103.57/Vigilancia.Epidemiologica SIVIGILA2020/IEC_SIVIGILA COMPROBADOR DE DERECHOS PLAN AMPLIADO DE INMUNIZACIONES
3	Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.	1, Entrega del cronograma de actividades del mes correspondiente y su actualización correspondiente.	Se hace entrega a lider operativo en fisico
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	Apoyo seguimiento diario a casos y contactos según asignacion de lider de vigilancia en salud publica encargada 5 Asistencia a reunion de area Seguimiento casos asignados COVID	Drive correos: 192.168.103.57/Vigilancia.Epidemiologica SIVIGILA2020/IEC_SIVIGILA
5	Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal.Contenidas en el formatode necesidades de personal que hace parte integraldel presente contrato	Asistencia capacitacion seguimientos COVID	Se asiste a capacitaciones solicitadas desde la linea en forma virtual

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

Diana Katherine Casallas Franco
Firma del Contratista
20906420

C.C. 20.906.420 **de** SAN JUAN DE RIOSECO

FIRMA DEL LIDER O PROFESIONAL QUE VERIFICA LAS ACTIVIDADES	
NOMBRE:	LADY VIVIANA RODRIGUEZ GALINDO 52975862
CARGO:	LIDER OPERATIVA
FIRMA	

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	MARIA CRISTINA DUARTE GARZON CC 35376691
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	20906420	DIANA KATHERINE CASALLAS FRANCO	TV 14 ESTE # 57- 70 SUR	3711483	dianacasallasf@outlook.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	03/02/2021	48359094	$299.400

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	113.600	0		0		0	0	0	0	113.600	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	145.400	0	0	0	0	0	0		145.400	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	22.200				22.200	0	0	22.200			222	22.200	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	18.200	0	0	18.200	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	113.600	113.600
Pensión	1	145.400	145.400
Riesgos Laborales	1	22.200	22.200
CCF	1	18.200	18.200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	299.400	299.400

PAGADA 48359094

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	20906420	DIANA KATHERINE CASALLAS FRANCO	TV 14 ESTE # 57- 70 SUR	3711483	dianacasallasf@outlook.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	03/02/2021	48359094	$299.400

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colomb. exterior	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	20906420	CASALLAS FRANCO DIANA KATHERINE	59	0			N																	230201	908.526	145.400	0	0	0	0	EPS008	908.526	113.600	14-7	908.526	3	22.200	CCF22	908.526	18.200	0	0	0	0	0

PAGADA

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

¡Hola, dianacasallasf@outlook.com

Gracias por utilizar los servicios de BANCO DAVIVIENDA y PSE. los siguientes son los datos de tu transacción:

Estado de la Transacción: Aprobada
CUS: 880915543
Empresa: COMPENSAR-OI
Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
Valor de la Transacción: $ 299.400
Fecha de Transacción: 02/02/2021