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

213

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 02
FECHA: 2020-05-04

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 4664 2020	**C.D.P. No.:**	1765	**Proceso al que pertenece:**	PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PSPIC
				Unidad a la que pertenece:	VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA-TRANSMISIBLES

Nombre del Contratista: LILLY NATALIA VALENCIA CORTÉS **C.C.** 52.837.457 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2020-06-26 **Fecha Terminación incial:** 2020-08-31 **Valor Mensual:** $ 4.668.657 **Valor a cobrar:** $ 2.968.657

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 9.337.314	2710	2020-09-01	2020-10-31
2	$ 3.146.269	3615	2020-11-01	2020-11-20
3	$ 1.547.761	3782	2020-11-21	2020-11-30
4	$ 2.334.300	3952	2020-12-01	2020-12-15
5	$ 4.668.657	4111	2020-12-16	2021-01-15
6	$ 2.334.316	108	2021-01-16	2021-01-31
7	$ 4.668.657	218	2021-02-01	2021-02-28
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	JUNIO	$ 634.325		
2	JULIO	$ 4.668.632	$ 306.306	44740519
3	AGOSTO	$ 4.668.632	$ 652.500	45142866
4	SEPTIEMBRE	$ 4.668.657	$ 577.800	44577008
5	OCTUBRE	$ 4.668.657	$ 577.800	45425261
6	NOVIEMBRE	$ 4.668.657	$ 577.800	45954640
7	DICIEMBRE	$ 4.668.657	$ 577.800	47331765
8	ENERO	$ 4.668.657	$ 589.100	47619571
9	FEBRERO	$ 2.968.657	$ 589.100	47982724
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 10.426.611	$ 38.463.885	$ 36.283.531	$ 2.180.354

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS DE APOYO DE ACUERDO A SU PERFIL ACADÉMICO, PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E., CON DISPONIBILIDAD EN CUMPLIMIENTO DE LA MISION Y VISIÓN DE LA MISMA.

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	Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la E.S.E.	Actividades y productos correspondientes a la obligacion (2) del contrato.	Relacionados en la obligación (2) del contrato.
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.	Realización de Investigación Epidemiológica de Campo (IEC) mediante seguimiento a pacientes que se tomaron la prueba COVID-19, efectuando llamada telefonica, identificando si la IEC es efectiva, fallida o para devolución a otra localidad o ciudad, desarrollando una serie de preguntas plasmadas en el aplicativo DANTE, rastreando y localizando los contactos estrechos, identificando sintomáticos entre ellos y otros posibles nexos epidemiológicos, identificando comorbilidades o antecedentes que puedan complicar el curso de la enfermedad y realizando sensibilización del protocolo de bioseguridad indicando el lavado constante de manos, uso adecuado del tapabocas, distanciamiento social y desinfección de superficies de mayor contacto. Realizacion IEC transmisibles.	Diligenciamiento de aplicativo DANTE. Diligenciamiento de aplicativo INFOCONTACTOS. Correo electrónico a Epidemióloga de devoluciones de los pacientes de otra localidad o ciudad. Correo electronico de IEC fallida con sus respectivos anexos a correo de preauditoria y de epidemiologia. Realizacion de IEC transmisibles en formatos respectivos.
3	Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.	Entrega del cronograma de actividades del mes con actividades actualizadas.	Entrega de cronograma de actividades correspondiente al mes de Marzo/2021.
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.	Se realizó IEC enviado por preauditoria en formato EXCEL. Se realizo IEC transmisibles en formato correspondiente a la actividad.	Diligenciamiento de aplicativo DANTE y DRIVE de preauditoria. Diligenciamiento en medios correspondientes a IEC transmisibles según lo asignado.
5	Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal.	Se realizaron IEC COVID-19 y transmisibles vía telefónica con cada uno de los usuarios cargados en el DRIVE del grupo de preauditoria.	Se realizaron IEC COVID-19 y transmisibles vía telefónica con cada uno de los usuarios cargados en el DRIVE del grupo de preauditoria.
6	Realizar las demás obligaciones asignadas por el supervisor del contrato contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.	Las actividades desarrolladas se realizán según asignacion del supervisor del contrato.	Las actividades desarrolladas se realizán según asignacion del supervisor del contrato.

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. 52.837.457 **de** BOGOTA

NOMBRE:	LADY VIVIANA RODRIGUEZ GALINDO CC. 52975852
CARGO:	LIDER OPERATIVO TRANSMISIBLES
FIRMA	
FIRMA DEL SUPERVISOR DE CONTRATO	
NOMBRE:	MARIA CRISTINA DUARTE GARZON CC. 3537669
CARGO:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO EN AREA 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	52837457	LILLY NATALIA VALENCIA CORTES		DG 77B 119A 73	7538776	lillina5@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
2021-01	2021-01	I	15/01/2021	47982724	$589.100

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					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	233.500	0		0		0	0	0	0	233.500	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
230301	Porvenir	800224808-8	298.800	0	0	0	0	0	0		298.800	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	45.500				45.500	0	0	45.500			455	45.500	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF21	Cafam	860013570-3	11.300	0	0	11.300	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	233.500	233.500
Pensión	1	298.800	298.800
Riesgos Laborales	1	45.500	45.500
CCF	1	11.300	11.300
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	589.100	589.100

PAGADA 47982724

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	52837457	LILLY NATALIA VALENCIA CORTES		DG 77B 119A 73	7538776	lillina5@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
2021-01	2021-01	I	15/01/2021	47982724	$589,100

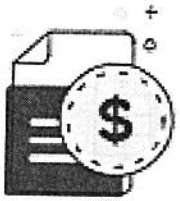
DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colombiano exterior	Estudiante	IND	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	FEP	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
1	CC	52837457	VALENCIA CORTES LILLY NATALIA	57	0			N																	230301	1,867,463	298,800	0	0	0	0	EPS010	1,867,463	233,500	14-11	1,867,463	3	45,500	CCF21	1,867,463	11,300	0	0	0	0	0

PAGADA

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

AV Villas Digital



Tu pago fue realizado con éxito

No. de autorización 52522636

Valor	$589.100,00
Fecha y hora	14/01/2021 - 06:33 pm
Desde	Cuenta de Ahorros No. **** 5475
Hacia	COMPENSAR-OI - MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
IP de origen	186.144.243.251