Cuenta de cobro 04 - 2021

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Nit. 900.959.051-7

DEBE A:
MAYBETH CORTINA ROMERO
C.C. 1143122527 de BARRANQUILLA

LA SUMA DE:

TRES MILLONES SEICIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL CUATROCIENTOS OCHENTA PESOS MCTE ($ 3.656.480)

Por concepto de:

- Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No PS 4237 2020 correspondiente a los días del 1 AL 30 de Abril de 2021.

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS DE ACUERDO A SU PERFIL ACADÉMICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES (DE SU PROFESIÓN), CON DISPONIBILIDAD EN CUMPLIMIENTO DE LA MISIÓN Y LA VISIÓN DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Cordialmente,

Maybeth Cortina

MAYBETH CORTINA ROMERO
C.C. 1143122527
Teléfono: 3135644718 Dirección: Carrera 90 A # 8- 10 TORRE 5 APTO 513
Cuenta de Ahorros 0550488408187888 DAVIVIENDA

Fecha: 1 al 30/Abril/2021

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 4237 2020 **C.D.P. No.:** 1499 **Proceso al que pertenece:** PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC
Unidad a la que pertenece: SALUD PUBLICA - ESPACIO VIVIENDA

Nombre del Contratista: MAYBETH CORTINA ROMERO **C.C.** 1.143.122.527 **de:** BARRANQUILLA

Fecha Inicio: 2020-06-21 **Fecha Terminación incial:** 2020-06-30 **Valor Mensual:** $ 3.627.684 **Valor a cobrar:** $ 3.656.480

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 3.523.712	1499	2020-06-01	2020-06-30
2	$ 7.140.298	1348	2020-07-01	2020-08-31
3	$ 6.039.025.450	2710	2020-09-01	2020-10-31
4	$ 2.405.970	3615	2020-11-01	2020-11-20
5	$ 1.183.582	3782	2020-11-21	2020-11-30
6	$ 1.435.822	3919	2020-12-01	2020-12-15
7	$ 5.355.224	4112	2020-12-16	2021-01-31
8	$ 3.570.149	218	2021-02-01	2021-02-28
9	$ 3.570.000	549	2021-03-01	2021-03-31
10	$ 4.570.153	883	2021-04-01	2021-05-03
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	$ 1.031.811		
2	JUNIO	$ 3.523.712	$ 157.600	43429969
3	JULIO	$ 3.570.149	$ 436.200	44090776
4	AGOSTO	$ 3.570.149	$ 436.200	44636848
5	SEPTIEMBRE	$ 3.570.149	$ 441.900	45249112
6	OCTUBRE	$ 3.570.149	$ 441.900	766163855
7	NOVIEMBRE	$ 3.570.149	$ 441.900	791004889
8	DICIEMBRE	$ 3.570.149	$ 441.900	47287504
9	ENERO	$ 3.570.149	$ 441.900	854128277
10	FEBRERO	$ 3.570.149	$ 441.900	883877338
11	MARZO	$ 1.300.000	$ 441.900	916783154
12	MARZO	$ 2.270.149		
13	ABRIL	$ 3.627.684	$ 441.900	49888916
14		$ 28.796		
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 3.570.149	$ 6.075.350.509	$ 40.343.344	$ 6.035.007.165

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO ENFERMERA 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:** 2021-04-01 **Hasta:** 2021-04-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCION DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUTO O EVIDENCIA
1	1. Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE.	Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE	Contacto telefonico a usuarios y familias reportadas
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.	1. participacion en reuniones de area de vigilancia en salud publica 2. participacion en alertas epidemiologicas 3. seguimientoa contactos de casos sopechosos y positivos de COVID 19, registro de informacion pertinente del seguimiento realizado, realizacion de IEC. 4 verificacion de casos hospitalizados, casos pendientes de toma de muestra, llamadas fallidas y el registro de esta informacion pertinente. 5 realizar verificacion de dato espacial de bases SIVIGILA 6 apoyo y construccion de la sala situacional,	Entrega de carpetas de IEC en el servidor SIVIGILA 2020
3	3. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.	Diligenciamiento del cronograma corresponiente al mes en el que se consignan las actividades programadas referentes a las acciones establecidas.	Cronograma diligenciado
4	4. Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los paneles de mejoramiento de los diferentes estándares de habilitación y acreditación de servicios de salud.	1. presentacion de soportes de actividades seguimientos telefonicos casos COVID 19 2. presentacion de soportes diarios de actividades	Entrega de carpetas de IEC en el servidor SIVIGILA 2020
5	5. Realizar los seguimientos telefonicos de acuerdo a los anexos operativos de cada componente contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral de presente contrato.	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	Entrega de carpetas de IEC en el servidor SIVIGILA 2020

Observaciones:

Maybeth Cortina
Firma del Contratista

C.C. 1.143.122.527 **de** BARRANQUILLA

FIRMA DEL LIDER O PROFESIONAL QUE VERIFICA LAS ACTIVIDADES	
NOMBRE:	LADY VIVIANA RODRIGUEZ GALINDO CC52975962
CARGO:	LIDER IEC COVID
FIRMA	
VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	MARIA CRISTINA DUARTE GARZON CC 35376691
CARGO:	COORDINADORA VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA
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	1143122527	MAYBETH CORTINA ROMERO	Cl 14 sur # 18-51	4630784	cortinamay@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	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2021-03	2021-03	I	12/04/2021	49888916	TOTAL A PAGAR	
					$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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	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
230301	Porvenir	800224808-8	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	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

PAGADA

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

DAVIVIENDA

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS
952998739

Destino de pago
COMPENSAR-OI

Motivo
MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Fecha
11/04/2021

Número de aprobación
00998739

Dirección IP
181.33.74.224

Valor transacción
$ 441.900,00

Referencia 1	Referencia 2	Referencia 3
10.0.66.32	CC	1143122527

Banco Davivienda S.A. Todos los derechos reservados 2017

DAVIVIENDA

MAYBETH CORTINA PS 4237 2020
CARGUE CUENTA DE COBRO

