Cuenta de cobro 005 - 2021

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

Nit. 900.959.051-7

DEBE A:

NATALIA FLOR ARIZA
C.C. 1033769300 de Bogotá

LA SUMA DE:

Doscientos dieciocho mil trescientos noventa y cuatro pesos ($218.394)

Por concepto de:

- Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No PS 6066 de 2020 correspondiente del 01 al 03 mayo de 2021

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS DE APOYO DE ACUERDO A SU PERFIL ACADEMICO PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUB RED INTEGRADA DWE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E CON DISPONIBILIDAD DE CUMPLIMIENTO DE LA MISIÓN Y LA VISIÓN DE LA MISMA.

Cordialmente,

NATALIA FLOR ARIZA
C.C. 1033769300
Teléfono: 3115809108 Dirección: KR 12F 30 15 SUR
N° Cuenta 84613742416 ahorros Bancolombia

Fecha: 31/Mayo/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 6066 2020	**C.D.P. No.:**	3038	**Proceso al que pertenece:**	PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC
				Unidad a la que pertenece:	SALUD PUBLICA - ENTORNO COMUNITARIO

Nombre del Contratista: NATALIA FLOR ARIZA **C.C.** 1.033.769.300 **de:** BOGOTÁ

Fecha Inicio: 2020-09-24 **Fecha Terminación incial:** 2020-10-31 **Valor Mensual:** $ 2.232.472 **Valor a cobrar:** $ 218.394

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 1.480.597	3615	2020-11-01	2020-11-20
2	$ 728.358	3782	2020-11-21	2020-11-30
3	$ 1.098.400	3952	2020-12-01	2020-12-15
4	$ 3.331.343	4112	2020-12-16	2021-01-31
5	$ 2.197.015	218	2021-02-01	2021-02-28
6	$ 2.197.000	549	2021-03-01	2021-03-31
7	$ 2.762.885	991	2021-04-01	2021-05-03
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	SEPTIEMBRE	$ 513.420		
2	OCTUBRE	$ 2.196.960	$ 145.100	45956479-SEPTIEMBRE
3	NOVIEMBRE	$ 2.196.960	$ 272.100	46607521-OCTUBRE
4	DICIEMBRE	$ 2.196.960	$ 272.100	47295507-NOVIEMBRE
5	ENERO	$ 2.196.960	$ 272.100	47187762-DICIEMBRE
6	FEBRERO	$ 2.196.960	$ 281.200	48334846-ENERO
7	MARZO	$ 1.791.000	$ 281.200	48943059-FEBRERO
8	ABRIL	$ 28.950 $ 2.232.472 $ 412.522	$ 281.200	49638584-MARZO
9	MAYO	$ 218.394	$ 331.000	50389388-ABRIL
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

Resumen de contrato	VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
	$ 2.856.048	$ 16.651.646	$ 16.181.558	$ 470.088

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 ACADEMICO, 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 MISIÓN Y LA VISIÓN DE LA MISMA

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2021-05-01 **Hasta:** 2021-05-03

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	
1	Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la E.S.E.	Se realiza planeación, ejecución, fortalecimiento y monitoreo de las acciones adelantadas por cada uno de los procesos del entorno comunitario.	actas y matrices
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.	Organizar los recorridos que se realizaron a partir de los puntos ya identificados y entregados por la Secretaria Distrital de Salud, donde se identifican los grupos priorizados en las localidades de la subred aterrizados a UPZ, barrios, cuadrantes y manzanas donde se registra un número considerable de personas con mayor riesgo	actas y matrices
3	Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.	Cronograma de las acciones a realizar en los servicios de profesional de apoyo social del Entorno Comunitario	cronograma
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 realizan las acciones que estan por lineamiento y en el plan de acción del Entorno Comunitario	actas y matrices
5	Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal.	Realizar osebrvación 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. Observación del espacio construido para proyecto desiertos alimentarios de SAN. Apoyar las acciones de IEC del espacio entorno hogar deacuerdo a solicitud de la Secretaria Distrital de Salud.	actas
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.	Se diligencian las actas, matrices y demas productos requeridos por S.D.S	actas y matrices

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. 1.033.769.300 **de** BOGOTÁ

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

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	ANGELICA MORALES DE HERNANDEZ CC 52930764
CARGO:	LIDER DEL ENTORNO COMUNITARIO
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	1033769300	NATALIA FLOR ARIZA	Carrera 44D #62-13 Sur	3115809108	nataliaflorariza@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	
2021-04	2021-04	I	04/05/2021	50389388	$331.000	

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	133.700	0		0		0	0	0	0	133.700	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
230301	Porvenir	800224808-8	171.200	0	0	0	0	0	0		171.200	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	26.100				26.100	0	0	26.100			261	26.100	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	133.700	133.700
Pensión	1	171.200	171.200
Riesgos Laborales	1	26.100	26.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	331.000	331.000

PAGADA

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	1033769300	NATALIA FLOR ARIZA	Carrera 44D #62-13 Sur	3115809108	nataliaflorariza@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	
2021-04	2021-04	I	04/05/2021	50389388	$331.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Suscriptor	IRP	INGT	TDE	TAE	TDP	TAP	VIP	VIT	ELN	SLN	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	1033769300	FLOR ARIZA NATALIA	59	0			N																	230301	1.069.577	171.200	0	0	0	0	EPS005	1.069.577	133.700	14-11	1.069.577	3	26.100		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

REPORTE RESUMEN DE PAGO

Información básica de la planilla

Empresa:	NATALIA FLOR ARIZA	**NIT:**	1033769300
Tipo Planilla:	I	**Periodo liquidación Pensiones:**	abril 2021
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	abril 2021
Número de Radicación:	50389388	**Total a pagar:**	$331,000
Fecha de vencimiento:	05/05/2021	**Total de empleados:**	1
Fecha de Pago:	04/05/2021	**Número de Administradoras:**	3

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	**Nit recaudo:**	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	**Medio de Pago:**	Pago Electronico por PSE
Banco:	BANCOLOMBIA	**Número Autorización:**	978609739
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Código	NIT	Administradoras	Num. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado
14-11	890903790	ARL SURA	1		$0	$26,100
230301	800224808	Porvenir	1		$0	$171,200
EPS005	800251440	Sanitas EPS	1		$0	$133,700
						$331,000

***Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.**

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

SOPORTE DE CARGUE DE CUENTA DE COBRO EN SECOP PS 6066 2020

