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 CONTRATACIÓN
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 03
FECHA: 2021-12-27

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 3793 2022	**C.D.P. No.:**	279	**Proceso que pertenece:**	MISIONAL
				Servicio al que pertenece:	CONVENIO - CO1.PCCNTR. 2667785/2021
				Unidad a la que pertenece:	CAPS PRIMERO DE MAYO

Nombre del Contratista:	SEBASTIAN RUCINQUE RAMIREZ	**C.C.**	1.000.614.846	**de:**	BOGOTÁ
Fecha Inicio:	2022-02-02	**Fecha Terminación inicial:**	2022-04-30	**Valor Mensual:**	$ 2.299.415
Valor a cobrar:	$ 2.299.415				

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO PLANILLA
1	FEBRERO	$ 2.222.768	$ 0		
2	MARZO	$ 2.299.415	$ 309.400	8357366271 - 8357392106 - 8357524570	8MAR22 - 9MAR22 - 15MAR22
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 6.898.245	$ 6.898.245	$ 4.522.183	$ 2.376.062

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS TECNICOS AREAS DE LA SALUD PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE GESTION INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E CONVENIO 2667785/2021

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2022-03-01 **Hasta:** 2022-03-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Apoyar en la adecuada implementación de los protocolos institucionales para el manejo, la prevención, contención y mitigación de la pandemia por COVID-19.	Se socializa la importancia del uso de elementos de protección personal para el desarrollo diario de las actividades programadas en las jornadas académicas.	* Formato excel programación semanal * Formulario google de reporte diario
2	Diligenciar el instrumento de registro de condiciones al ingreso de los estudiantes, docentes y administrativos de la IED asignada, de acuerdo con el lineamiento del MEN, la SED y respectivo protocolo institucional.	Durante la vigencia a reportar, se realiza esta actividad en específico. se da cumplimiento de manera diaria como parte de protocolo de atención requerido.	* Formato excel programación semanal * Formulario google de reporte diario
3	Efectuar bajo la directriz de la LED asignada, el reporte de casos COVIDI9 en la IED, en el formulario alojado en página institucional de la SED	Se da cumplimiento por medio del registro y control de los reportes según el formulario correspondiente según sea requerido.	* Formato reporte pagina sed * Formulario google de reporte diario
4	Aplicar de manera inmediata el protocolo de la IED manejo inicial a presuntos casos COVID 19 y activar ruta de atención.	Durante la vigencia a reportar, no se realiza esta actividad en específico. se dará cumplimiento cuando así se requiera según el protocolo establecido	* Formato excel programación semanal * Formulario google de reporte diario
5	Adelantar acciones pedagógicas con la comunidad educativa (estudiantes, docentes y personal administrativa) para la prevención del contagio por COVID 19 en las sedes de la IED asignada, durante las fechas y horas acordadas previamente con el (la) rector (a) del colegio.	Se da cumplimiento por medio de sensibilización informativa a traves de talleres, charlas, exposiciones, actividades físicas y actividades lúdicas, con el personal docente y el cuerpo del estudiantado en las fechas acordadas con la dirección del colegio asignado.	* Formato excel programación semanal * Formulario google de reporte diario
6	Adelantar acciones pedagógicas para la promoción en estilos de vida saludable para mitigación de contagio por COVID 19, en las sedes de la IED asignada, durante las fechas y horas acordadas previamente con el (la) rector (a) del colegio.	Durante la vigencia a reportar, se realiza esta actiiadad en específico por medio de la elaboración y aprobación del plan de trabajo con enfoque pedagógico relacionado con la promoción de vida saludable por parte de la rectoria del colegio asignado.	* Formato excel programación semanal * Formulario google de reporte diario
7	Participar en los procesos de capacitación que efectúe la SED y la SDS para facilitar el desarrollo de sus actividades en la IED asignada y sus respectivas sedes.	Durante la vigencia a reportar, se participa en capacitación inductoria para el cumplimiento y desarrollo efectivo de las actividades asignadas en la ied.	* Formato de actas de reunión / capacitación
8	Asistir y participar en las reuniones del comité institucional de contingencia por COVID 19 en el marco de la Reapertura Gradual. Progresiva y Segura (RGPS).	Durante la vigencia a reportar, no se realiza esta actiiadad en específico. se dará cumplimiento cuando así se requiera por parte de la subred integrada de servicios de salud centro oriente ese y la ied lo requiera	* Formato de actas de reunión * Formulario google de reporte diario
9	Apoyar al Comité Paritario de Salud y Seguridad en el Trabajo – COPASST y a la brigada escolar. Institucional en la actualización de los Planes Escolares de Gestión del Riesgo, donde se incluye el procedimiento operativo normalizado por COVID-19.	Se dará cumplimiento mediante la participación activa en el comité y en la brigada escolar del colegio asignado según la operatividad requerida.	* Formato excel programación semanal * Formulario google de reporte diario
10	Presentar informes mensuales de las actividades desarrolladas en el marco del objeto contractual.	Se da cumplimiento mediante la entrega de los informes de cumplimiento de objetivos de manera mensual y conforma a los lineamientos establecidos.	* Formato excel programación semanal * Formulario google de reporte diario * Fotos evidencias

Cuenta de cobro 002 - 2022

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
Nit. 900.959.051-7

DEBE A:
SEBASTIAN RUCINQUE RAMIREZ
C.C. 1000614846 de BOGOTA

LA SUMA DE:

DOS MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS

QUINCE PESOS MONEDA CORRIENTE ($2.299.415)

Por concepto de:

- Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No PS 3793 -2022 correspondiente del 01 al 31 de marzo de 2022.

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS TECNICOS AREAS DE LA SALUD PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE GESTION INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E CONVENIO 2667785/2021

Cordialmente,

Sebastian Rucinque Ramirez

SEBASTIAN RUCINQUE RAMIREZ
C.C. 1000.614.846 de BOGOTA
Teléfono: 3102887031
No Cuenta 0550488426767528 Ahorros Banco Davivienda

Fecha: 31 de marzo de 2022

compensar | miplanilla.com

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): SEBASTIAN RUCINQUE RAMIREZ
No. Identificación: CC1000614846
Dirección: KR 2C 60 22 SUR
Telefono: 3102887031
Correo: sebastianrucinque5@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8357366271

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	SEBASTIAN RUCINQUE RAMIREZ
Tipo y número de identificación	CC1000614846
Número de planilla	8357366271
Fecha pago	2022-03-08
Número de autorización pago	32402702
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	febrero de 2022
Periodo de Cotización Pensión	febrero de 2022
Número de Administradoras	3
Total Pagado	288900
Total Intereses de Mora	0

PAGADA 8357366271

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	22800	1
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	149400	1
EPSC34	Recaudo SGP Capital Salud	116700	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1000614846
APELLIDOS Y NOMBRES: SEBASTIAN RUCINQUE RAMIREZ

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPSC34	230201	933334	933334	933334	0	116700	0	149400	0	22800	0

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	1000614846	SEBASTIAN RUCINQUE RAMIREZ	KR 2C 60 22 SUR	3102887031	sebastianrucinque5@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
8357366271	08/03/2022				1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2022-02	2022-02	N	09/03/2022	8357392106	$10.300	

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					
EPSC34	Recaudo SGP Capital Salud	900298372-9	4.200	0		0		0	0	0	0	4.200	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	5.300	0	0	0	0	0	0		5.300	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	800				800	0	0	800			8	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	4.200	4.200
Pensión	1	5.300	5.300
Riesgos Laborales	1	800	800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	10.300	10.300

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	1000614846	SEBASTIAN RUCINQUE RAMIREZ	KR 2C 60 22 SUR	3102887031	sebastianrucinque5@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
8357366271	08/03/2022				EMPLEADOS: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2022-02	2022-02	N	09/03/2022	8357392106	$10.300

TALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colmo. exterior	Estudiante	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	1000614846	RUCINQUE RAMIREZ SEBASTIAN	59	0			N	X																230201	966.667	154.700	0	0	0	0	EPSC34	966.667	120.900	14-7	966.667	3	23.600		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Señor(es): SEBASTIAN RUCINQUE RAMIREZ
Nit: CC 1000614846
Dirección: KR 2C 60 22 SUR
Teléfono: 3102887031 **Fax:** 3102887
Ciudad: BOGOTA, D.C.

Respetado(s) señor(es)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:

compensar | miplanilla.com

Nombre	SEBASTIAN RUCINQUE RA
Tipo y número de identificación	1000614846
Número de radicación planilla	8357524570
Fecha de pago	3/15/2022
Número de autorización de pago	5569047
Banco	1023
Valor Comisión	$0

Número de empleados	1
Periodo cotización salud	Febrero 2022
Periodo cotización pensión	Febrero 2022
Periodo cotización caja	Febrero 2022
Número de administradoras	3
Total Pagado	$10.200
Total interés mora	$0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	$800	1
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	$5.300	1
EPSC34	Recaudo SGP Capital Salud	$4.100	1

PRIVADO BOGOTA

compensar | miplanilla.com

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

DATOS DEL AFILIADO						NOVEDADES																VALOR IBC							LIQUIDACION DE APORTES				
No.	TIPO	NUMERO	APELLIDOS Y NOMBRES	COD EPS	COD AFP	COD CAJA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	INP	NUEVA EPS	NUEVA AFP	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC CAJAS	IBC RIESGOS	SUSPENSION TEMPORAL	CORRESPONDIENTE A MESADA ADICIONAL	CORRESPONDIENTE A VACACIONES	COTIZ PENSION	FONDO SOLIDAR PENSION	APORTE VOLUNT PENSION	COTIZ SALUD	UPC ADICIONAL
1	CC	1000614846	RUCINQUE RAMIREZ SEBASTIAN	EPSC34	230201		X																		1.000.000	1.000.000	0	1.000.000	0			160.000	0	0	125.000	0

PRIVADO

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



PAGO DE FACTURAS

PILA BP

NUM APROBACION:32402702

NUM REFERENCIA:00000083573662 71

NUM IDENTIFICACION:1000614846

PERIODO: 2022-02

FECHA EFECTIVA:2022-03-08

VALOR: 288.900

MAR 8 MAR 22 11:31:30

067-06128214-087

708444-321030-944619-705260-41

CONSERVE ESTE TIQUETE. ES EL

UNICO RECIBO OFICIAL DE PAGO.EN

CASO DE RECLAMO LLAMAR A:

A SU OPERADOR.

AGT 11642 CLR 807489 06

011143 35-125860



PAGO DE FACTURAS

PILA BP

NUM APROBACION: 173727l3

NUM REFERENCIA: 000000083573921106

NUM IDENTIFICACION: 1000614846

PERIODO: 2022-02

FECHA EFECTIVA: 2022-03-09

VALOR: 10.300

MIE 9 MAR 22 09:16:47

868-053398869-243

788432-560722-344622-725250-30

CONSERVE ESTE TIQUETE. ES EL UNICO RECIBO OFICIAL DE PAGO. EN CASO DE RECLAMO LLAMAR A: A SU OPERADOR.

AGT 511509 CLR 94944

00155604-247092



PAGO DE FACTURAS

PILA BP

NUM APROBACION:05569047
NUM REFERENCIA:0000008357524570
NUM IDENTIFICACION:1000614846
PERIODO: 2022-02
FECHA EFECTIVA:2022-03-15
VALOR: 10.200
MAR15 MAR 22 14:05:29
074-05145402-051
788476-938997-244619-705260-45
CONSERVE ESTE TIQUETE. ES EL UNICO RECIBO OFICIAL DE PAGO.EN CASO DE RECLAMO LLAMAR A: A SU OPERADOR.
AGT 11642 CLR 80748906
071138441-703648

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 **Ejecución del Contrato**
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
	PS 3793 FEB.pdf	PS 3793 FEB.pdf	Comprador	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >