

I. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS-4360-2016	C.D.P. No.:	2423	Proceso al que pertenece:	PLAN DE SALUD PÚBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC	
Nombre del Contratista:	MARIA CATALINA VARGAS CASTRO				Unidad a la que pertenece:	SALUD PÚBLICA-ESPACIO VIVIENDA
Fecha Inicio:	2016-07-04	Fecha Terminación Inicial:	2016-06-03	C.C.	1.019.033.127 de BOGOTÁ	
				Valor Mensual:	\$ 2.800.000	
				Valor a cobrar:	\$ 2.320.000	

ADICIÓN/OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
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	JULIO	\$ 2.320.000	340.000	8218913442
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Resumen de contrato	VALOR INICIAL DEL CONTRATO \$ 2.800.000	VALOR TOTAL DEL CONTRATO \$ 2.800.000	PAGOS REALIZADOS \$ 2.520.000	SALDO DEL CONTRATO \$ 280.000
----------------------------	---	---	---	---

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

OBJETO DEL CONTRATO
PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN ENFERMERÍA DESARROLLANDO ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PÚBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Relación de actividades para el periodo: Desde: 2016-07-04 Hasta: 2016-07-30

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Ver artículo 46 de la Ley 1712)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERÍODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1. Prestar mis servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FPD y la ESE.	Desarrollar acciones en el espacio vivienda de acuerdo al lineamiento establecido de la secretaria de salud y cumplir con los direccionamientos establecidos por el supervisor de contrato.
2. Apoyar la prestación de servicios en el PIC, presentando la información y/o reportes 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.	Plan familiar formulado Selección y priorización de familias Caracterización social y ambiental a través de diálogo de saberes con la familia. Reconocer la cartografía base para el análisis de determinantes estructurales Analizar conjuntamente con la familia las condiciones halladas y establecer prioridades Plan familiar implementado Concertación del Plan familiar Desarrollar acciones centradas en familia.
3. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. Contendidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.	Realizar apropiación conceptual de los lineamientos suministrados por Secretaría Distrital Salud
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	

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]
Firma del Contratista

C.C. 1.019.033.127 de BOGOTÁ

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	Milton Cardozo Cruz
CARGO:	Lider-Espacio Vivienda
FIRMA:	<i>[Firma]</i>



Nombre	maria catalina vargas castro
Tipo y Numero de Identificación	CC 1019033127
Número Planilla	8328913442
Fecha de Pago	7/18/2018
Número de Autorización de Pago	28013442
Banco	1052
Valor Comisión	\$0

Número de Empleados	1
Periodo Cotización Salud	Julio 2018
Periodo Cotización Pensión	Julio 2018
Periodo Cotización Caja	Julio 2018
Número de Administradoras	3
Total Pagado	\$348.000
Total intereses Mora	\$2.500

[illegible]

TIPO DOC.:		CC								
NO. DOCUMENTO:		1019033127								
APELLIDOS Y NOMBRES		vargas castro maria catalina								
COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACION SALUD	COTIZACION PENSION	COTIZACION RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD
EPS010	25-14	0	1.120.000	1.120.000	1.120.000	0	140.000	179.200	27.300	0

TIPO DOC.:										
NO. DOCUMENTO:										
APELLIDOS Y NOMBRES										
COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACIÓN SALUD	COTIZACIÓN PENSION	COTIZACIÓN RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD

Atrás



Salir

Resultado de la Transacción

18-07-2018

07:58 AM

177.252.253.17
2

Transacción Exitosa

Aprobación No.

52528616

De

Cuenta No.**8141

Operador

PLANILLA ASISTIDA COMPENSAR

Aportantes

MARIA VARGAS CASTRO

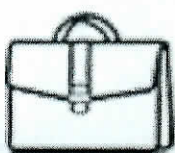
Pin Único

8328913442

Por Valor de

\$ 349,000.00

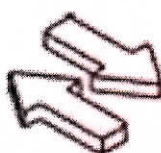
Finalizar



Productos



Pagos y
Recargas



Transferencias



Retiros/Giros y
Compras



Más

FIRMA

Atrás

 **Banco AV Villas**

Salir

Resultado de la Transacción

06-08-2018

07:52 PM

179.33.93.75

Transacción Exitosa

Aprobación No.

52526031

De

Cuenta No. **8141

Operador

PLANILLA ASISTIDA COMPENSAR

Aportante

MARIA VARGAS CASTRO

Referencia de Pago

8329324563

Por Valor de

\$ 346.500.00

Finalizar



Productos



Pagos y
Recargas



Transferencias



Reintros/Giros y
Compras



Más



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

Señor(a): MARIA CATALINA VARGAS CASTRO
No. Identificación: CC1019033127
Dirección: CALLE 129# 124-36
Telefono: 5365711
Correo: mcatav07@hotmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8329324563

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	MARIA CATALINA VARGAS CASTRO
Tipo y número de identificación	CC1019033127
Número de planilla	8329324563
Fecha pago	2018-08-08
Número de autorización pago	29324563
Banco	1052

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	agosto de 2018
Periodo de Cotización Pensión	agosto de 2018
Número de Administradoras	3
Total Pagado	346500
Total Intereses de Mora	0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-25	Riesgos Profesionales Colmena	27300	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	179200	1
EPS010	EPS Sura	140000	1

TIPO DOC.: CC
 NO. DOCUMENTO: 1019033127
 APELLIDOS Y NOMBRES: MARIA CATALINA VARGAS CASTRO

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
EPS010	25-14	1120000	1120000	1120000	0	140000	0	179200	0	27300	0

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS-4380-2018	C.D.P. No.:	2423	Proceso al que pertenece:	PLAN DE SALUD PÚBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC
Nombre del Contratista:	MARIA CATALINA VARGAS CASTRO	C.C.	1.019.033.127	de:	Bogotá
Fecha Inicio:	2018-07-04	Fecha Terminación Incl:	2018-09-03	Valor Mensual:	\$ 3.000.000
				Valor a cobrar:	\$ 3.000.000

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	\$ 3.605.507	2667	2018-08-04	2018-09-03
2	\$ 11.833.333	2857	2018-09-04	2018-01-03
3				
4				
5				
6				
7				
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	JULIO	\$ 2.333.325	\$ 346.500	8328913442
2	AGOSTO	\$ 2.800.000	\$ 346.500	8329324563
3	SEPTIEMBRE	\$ 3.000.000	\$ 371.300	8330100521 - 8329750179
4				
5				
6				
7				
8				
9				
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
	\$ 2.800.000	\$ 18.238.840	\$ 8.133.325	\$ 10.105.515

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN ENFERMERIA DESARROLLANDO ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PÚBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Rotación de actividades para el periodo: Desde: 2018-09-01 Hasta: 2018-09-30

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las consignadas en la oferta)	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 FPD y la ESE.	Desarrollar acciones en el espacio vivienda de acuerdo al lineamientos establecidos de la secretaría de salud y cumplir con los direccionamientos establecidos desde el supervisor del contrato
2. Apoyar la prestación de servicios en el FIC, 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.	Plan familiar formulado Selección y priorización de familias Caracterización social y ambiental a través de diálogo de saberes con la familia. Reconocer la cartografía base para el análisis de determinantes estructurales Analizar conjuntamente con la familia las condiciones halladas y establecer prioridades Plan Familiar Implementado Concertación del Plan familiar
3. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.	Diligenciamiento del cronograma mensualmente en el que se consignen las actividades programadas durante el mes siguiente acordes a las acciones establecidas en el lineamiento
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 acreditación y acreditación de servicios de salud.	Reconocer y construir saberes y prácticas orientadas a lograr el cuidado en salud familiar Realizar aplicación de tamizajes de acuerdo a los factores de riesgo del grupo familiar.
5. Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal.	Promover la adopción de prácticas de cuidado para la salud Promover el cuidado a cuidadores Promover el Cuidado y reconocimiento de la responsabilidad relacional en pro de la salud familiar
6. diligenciar de manera completa, adecuada, ordenada y legible todos los formatos requeridos en las diferentes intervenciones de acuerdo a los anexos operativos de cada	Entrega oportuna y con calidad de los reportes físicos del las acciones desarrolladas con el grupo familiar.
7	
8	
9	
10	

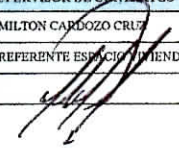
Observaciones:

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

C.C. 1.019.033.127 de Bogotá


Firma del Contratista

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS

NOMBRE:	MILTON CARDOZO CRUZ
CARGO:	REFERENTE ESPACIO VIVIENDA
FIRMA	

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

Señor(a): MARIA CATALINA VARGAS CASTRO
No. Identificación: CC1019033127
Dirección: CALLE 129# 124-36
Telefono: 5365711
Correo: mcatav07@hotmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8329790179

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	MARIA CATALINA VARGAS CASTRO
Tipo y número de identificación	CC1019033127
Número de planilla	8329790179
Fecha pago	2018-09-03
Número de autorización pago	29790179
Banco	1052

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	septiembre de 2018
Periodo de Cotización Pensión	septiembre de 2018
Número de Administradoras	3
Total Pagado	346500
Total Intereses de Mora	0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-25	Riesgos Profesionales Colmena	27300	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	179200	1
EPS010	EPS Sura	140000	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1019033127
APELLIDOS Y NOMBRES: MARIA CATALINA VARGAS CASTRO

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
EPS010	25-14	1120000	1120000	1120000	0	140000	0	179200	0	27300	0

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO	
CC	1019303127	maría catherine vergara castro	CALLE 120# 124-38	5365711	mcatala07@hotmail.com	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALIDO
FORMA PRESENTACIÓN UNICA	CLASE PRESENTACIÓN	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO DEPARTAMENTO	CÓDIGO CIUDAD	MUNICIPIO	
UNICA	1 - Independiente		BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.	NO

DATOS DE LA PLANELLA					
PLANELLA PROCESADA	FECHA FARMACIA PROCESADA	TIPO PLANELLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANELLA	CANTIDAD EMPLAQUES
832318178	03/06/2018				1
PEQUEÑO BALLO	PROCESO FARMACIA				0
2018-09	2018-09	N	17/09/2018	8030 100521	TOTAL A PAGAR \$24,800

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD												
Código EPS	Nombre	NIT	Colaboración Obligatoria	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Colaboración	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS-SIO	EPS Sierra	600080705-2	10,000	0	0	0	0	0	0	0	10,000	1

TOTALES PENSIÓN

TOTALES PÉNSION											
Código AFP	Membre	NT	Colación Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Voto Mora Colación	Voto Mora FSP	Total a Pagar	No Afiliación
25-14	Col-emazon	900334004-7	12,800	0	0	0	0	0		12,800	1

TOTALS RIEGROS LABORALES

TOTALES RECURSOS LAICALES																	
Código ANL	Nombre	NT	Colación	Obligación	No. Autorización	Valor	Aportes Otros	Valor Neto	Días	Valor Mora	Colación	Utilidad	No. Radicado	Valor Saldo a	Fondo	Toma a Pagar	No. Asignada
14-25	Recurso por Colación		2,000	2,000				2,000	0	0	0	2,000		Favor	20	2,000	1

TOTALES CAJAS

TOTALES CAJAS						
Código CPF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Dist. Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar

TOTALES PARAFISCALES

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Atributos
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

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

[Atrás](#)[Salir](#)**Resultado de la Transacción**

17-09-2018

11:55 AM

186.86.33.16

Transacción Exitosa

Aprobación No.	52525473
De	Cuenta No.**8141
Operador	PLANILLA ASISTIDA COMPENSAR
Aportante	MARIA VARGAS CASTRO
Referencia de Pago	8330100521
Por Valor de	\$ 24,800.00

Finalizar

Productos

Pagos y
Recargas

Transferencias

Retiros/Giros y
Compras

Más

[Atrás](#)[Salir](#)**Resultado de la Transacción**

17-09-2018

11:55 AM

186.86.33.16

Transacción Exitosa

Aprobación No.	52525473
De	Cuenta No.**8141
Operador	PLANILLA ASISTIDA COMPENSAR
Aportante	MARIA VARGAS CASTRO
Referencia de Pago	8330100521
Por Valor de	\$ 24,800.00

Finalizar

I. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: S-4380-2018 C.D.P. No.: 2423 Proceso al que pertenece: PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC
Unidad a la que pertenece: SALUD PUBLICA -
Nombre del Contratista: MARIA CATALINA VARGAS CASTRO C.C. 1.019.033.127 de: Bogota
Fecha Inicio: 2018-07-04 Fecha Terminación Inicial: 2018-08-03 Valor Mensual: \$ 3.000.000 Valor a cobrar: \$ 3.000.000

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	\$ 3.605.507	2667	2018-08-04	2018-09-03
2	\$ 11.833.333	2857	2018-09-04	2019-01-03
3				
4				
5				
6				
7				
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	JULIO	\$ 2.333.325	\$ 346.500	8328913442
2	AGOSTO	\$ 2.800.000	\$ 346.500	8329324563
3	SEPTIEMBRE	\$ 3.000.000	\$ 371.300	8330100521 - 8329790179
4	OCTUBRE	\$ 3.000.000	\$ 371.300	8330100521 - 8329790179
5				
6				
7				
8				
9				
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
	\$ 2.800.000	\$ 18.238.840	\$ 11.133.325	\$ 7.105.515

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN 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 periodo: Desde: 2018-10-01 Hasta: 2018-10-30

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 FPD y la ESE.	Desarrollar acciones en el espacio vivienda de acuerdo al lineamiento establecido de la secretaría de salud y cumplir con los direccionamientos establecidos desde el supervisor 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.	Plan familiar formulado Selección y priorización de familias Caracterización social y ambiental a través de diálogo de saberes con la familia. Reconocer la cartografía base para el análisis de determinantes estructurales Analizar conjuntamente con la familia las condiciones halladas y establecer prioridades Plan familiar implementado Concertación del Plan familiar Desarrollar acciones centradas en familia.
3. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.	Diligenciamiento del cronograma mensualmente en el que se consignen las actividades programadas durante el mes siguiente acordes a las acciones establecidas en el lineamiento
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.	Reconocer y construir saberes y prácticas orientadas a lograr el cuidado en salud familiar Realizar aplicación de tamizajes de acuerdo a los factores de riesgo del grupo familiar.
5. Realizar las visitas in campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal.	Promover la adopción de prácticas de cuidado para la salud Promover el cuidado a cuidadores Promover el Cuidado y reconocimiento de la responsabilidad relacional en pro de la salud familiar
6. diligenciar de manera completa, adecuada, ordenada y legible todos los formatos requeridos en las diferentes intervenciones de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal.	Entrega oportuna y con calidad de los soportes físicos de las acciones desarrolladas con el grupo familiar.
7	
8	
9	
10	

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

C.C. 1.019.033.127 de Bogota

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS

NOMBRE:	MILTON CARDOZO CRUZ
CARGO:	REFERENTE ESPACIO VIVIENDA
FIRMA	

TIGO    45 10:25

Atrás

 **Banco AV Villas**

Salir

Resultado de la Transacción

01-09-2018

10:25 AM

177.252.249.18
2**Transacción Exitosa**

Aprobación No.

52522255

De

Cuenta No.**8141

Operador

PLANILLA ASISTIDA COMPENSAR

Aportante

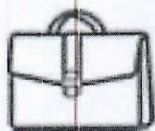
MARIA VARGAS CASTRO

Referencia de Pago

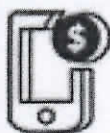
8329790179

Por Valor de

\$ 346,500.00

Finalizar

Productos

Pagos y
Recargas

Transferencias

Retiros/Giros y
Compras

Más

TIGO

      32 11:56

Atrás



Salir

Resultado de la Transacción

17-09-2018

11:55 AM

186.86.33.16

Transacción Exitosa

Aprobación No.

52525473

De

Cuenta No.**8141

Operador

PLANILLA ASISTIDA COMPENSAR

Aportante

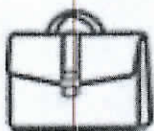
MARIA VARGAS CASTRO

Referencia de Pago

8330100521

Por Valor de

\$ 24,800.00

Finalizar

Productos

Pagos y
Recargas

Transferencias

Retiros/Giros y
Compras

Más

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

Señor(a): MARIA CATALINA VARGAS CASTRO
No. Identificación: CC1019033127
Dirección: CALLE 129# 124-36
Telefono: 5365711
Correo: mcatav07@hotmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8329790179

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	MARIA CATALINA VARGAS CASTRO
Tipo y número de identificación	CC1019033127
Número de planilla	8329790179
Fecha pago	2018-09-03
Número de autorización pago	29790179
Banco	1052

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	septiembre de 2018
Periodo de Cotización Pensión	septiembre de 2018
Número de Administradoras	3
Total Pagado	346500
Total Intereses de Mora	0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-25	Riesgos Profesionales Colmena	27300	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	179200	1
EPS010	EPS Sura	140000	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1019033127
APELLIDOS Y NOMBRES: MARIA CATALINA VARGAS CASTRO

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
EPS010	25-14	1120000	1120000	1120000	0	140000	0	179200	0	27300	0

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCION	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARA FISCALES Y SALUD
CC	1019033127	marta catalina vargas castro	calle 129# 124-36	5365711	mchav77@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	1 - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMESAÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAMESAÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
6329790179	03/09/2018	PLANILLA			EMPLAZADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2018-09	2018-09	N	17/09/2018	8330100521		\$24.800

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD									
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor	
EPS010	EPS Sura		800089702-2	10.000	0	0	0	0	10.000
									1

TOTALES PENSION									
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900339004-7	12.800	0	0	0	0	0	1

TOTALES RIESGOS LABORALES									
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades	Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor FSP - Cotización	No. Afiliados
14-25	Riesgos prof Colombia	800226175-3	2.000			2.000	0	2.000	1

TOTALES CALAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARA FISCALES					TOTALES POR SUBSISTEMA				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados	Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IPP y Mora	Total a Pagar	
SENA					Salud	1	10.000	10.000	
0	0	0	0	0	Pensión	1	12.800	12.800	
ICBF					Riesgos Laborales	1	2.000	2.000	
0	0	0	0	0	CCF	0	0	0	
ESAP					ESAP	0	0	0	
MEN					ICBF	0	0	0	
					MEN	0	0	0	
					SENA	0	0	0	
					TOTALES	3	24.800	24.800	

4380

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: PS-4380-2018 C.D.P. No.: 2423 Proceso al que pertenece: PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC
Unidad a la que pertenece: SALUD PUBLICA -
Nombre del Contratista: MARIA CATALINA VARGAS CASTRO C.C. 1.019.033.127 de: Bogota
Fecha Inicio: 2018-07-04 Fecha Terminación Inicial: 2018-08-03 Valor Mensual: \$ 3.000.000 Valor a cobrar: \$ 1.565.217

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	\$ 3.605.507	2667	2018-08-04	2018-09-03
2	\$ 11.833.333	2857	2018-09-04	2019-01-03
3	\$ 3.913.043	3622		
4				
5				
6				
7				
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	JULIO	\$ 2.333.325	\$ 346.500	8328913442
2	AGOSTO	\$ 2.800.000	\$ 346.500	8329324563
3	SEPTIEMBRE	\$ 3.000.000	\$ 371.300	8330100521 - 8329790179
4	OCTUBRE	\$ 3.000.000	\$ 371.300	31262680
5	EXTRAS SEPTIEMBRE	\$ 391.304	\$ 50.300	8331262646-8330100521 - 8329790179
6	EXTRAS OCTUBRE	\$ 1.173.913	\$ 146.600	31262680
7				
8				
9				
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
	\$ 2.800.000	\$ 22.151.883	\$ 12.698.542	\$ 9.453.341

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN 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 periodo:	Desde:	Hasta:	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO
	2018-09-01	2018-10-30	
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERÍODO 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 ESE.	Desarrollar acciones en el espacio vivienda de acuerdo al lineamientos establecidos de la secretaria de salud y cumplir con los direccionamientos establecidos desde el supervisor 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.	Plan familiar formulado Selección y priorización de familias Caracterización social y ambiental a través de diálogo de saberes con la familia. Reconocer la cartografía base para el análisis de determinantes estructurales Analizar conjuntamente con la familia las condiciones halladas y establecer prioridades Plan familiar implementado Concertación del Plan familiar Desarrollar acciones contradas en familia.		
3. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.	Diligenciamiento del cronograma mensualmente en el que se consignan las actividades programadas durante el mes siguiente acordes a las acciones establecidas en el lineamieto		
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 estandares de habilitación y acreditación de servicios de salud.	Reconocer y construir saberes y prácticas orientadas a lograr el cuidado en salud familiar Realizar aplicación de tamizajes de acuerdo a los factores de riesgo del grupo familiar.		
5. Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacios de vida o componente transversal.	Promover la adopción de prácticas de cuidado para la salud Promover el cuidado a cuidadores Promover el Cuidado y reconocimiento de la responsabilidad relacional en pro de la salud familiar		
6. diligenciar de manera completa, adecuada, ordenada y legible todos los formatos requeridos en las diferentes intervenciones de acuerdo a los anexos operativos de cada espacios de vida o componente transversal.	Entrega oportuna y con calidad de los soportes físicos del las acciones desarrolladas con el grupo familiar.		
7			
8			

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

C.C. 1.019.033.127 Bogota

Firma del Contratista

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	MILTON CARDOZO CRUZ
CARGO:	REFERENTE ESPACIO VIVIENDA
FIRMA	

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1019033127	maría catalina vaigas castro		calle 129# 124-35	5365711	metclav07@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
UNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASIGNADA	FECHA PAGO ASIGNADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
8329750179	03/09/2018				EMPLEADOS
					1
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN/EE				0
2018-03	2018-09	N	17/09/2018	8330-100521	TOTAL A PAGAR
					\$24,800

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD			
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria
EPS010	EPS Sura	900065702-2	40.000

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	600098702-2	10.000	0		0		0	0	0		10.000	1

TOTALES PENSIÓN

TOTALES PENSION												
Código AFP	Nombre	NIT	Colización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP Substancia	Días Mora	Valor Mora Colización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Calpiñones	9003361004-7	12.800	0	0	0	0	0	0		12.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

TOTALES RIESGOS LABORALES																	
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria		Incapacidades		Aportes Otros Sistemas		Valor Neto	Días Mora	Valor Mora	Subtotal Cotización	No. Ratificado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
			No. Autorización	Valor													
14-25	Riesgos prof Colmena	60226175-3	2,000						2,000	0	0	2,000			20	2,000	1

TOTALES CAJAS

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

TOTALES PARAFISCALES					No. Afiliados
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar		
SENA					
0	0	0	0	0	0
ICBF					
0	0	0	0	0	0
ESAP					
MEN					

TOTALES POR SUBSISTEMA

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	10,000	10,000
Pensión	1	12,800	12,800
Riesgos Laborales	1	2,000	2,000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	24,800	24,800

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

Señor(a): MARIA CATALINA VARGAS CASTRO
No. Identificación: CC1019033127
Dirección: CALLE 129# 124-36
Telefono: 5365711
Correo: mcatav07@hotmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8329790179

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	MARIA CATALINA VARGAS CASTRO
Tipo y número de identificación	CC1019033127
Número de planilla	8329790179
Fecha pago	2018-09-03
Número de autorización pago	29790179
Banco	1052

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	septiembre de 2018
Periodo de Cotización Pensión	septiembre de 2018
Número de Administradoras	3
Total Pagado	346500
Total Intereses de Mora	0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-25	Riesgos Profesionales Colmena	27300	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	179200	1
EPS010	EPS Sura	140000	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1019033127
APELLIDOS Y NOMBRES: MARIA CATALINA VARGAS CASTRO

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
EPS010	25-14	1120000	1120000	1120000	0	140000	0	179200	0	27300	0

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE				
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO
CC	1019033127	maría catalina vergas castro	calle 129# 124-36	5305711
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	DISTRITO / DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO
UNICA	1-Independiente		BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.

DATOS DE LA PLANILLA				
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES			
2018-10	2018-10	1	19/11/2018	31262680
				TOTAL A PAGAR
				\$521.000

DETALLE POR COTIZANTE														
INFORMACIÓN COTIZANTE					INFORMACIÓN NOVEDADES					PENSION				
No. Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor
1	CC	1019033127	vergas castro maría catalina	521	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1019033127	maría catalina vargas castro		calle 129# 124-35	5365711	mcalava07@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCESAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	1 - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D. C.	

DATOS DE LA PLANILLA			CANTIDAD	
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	2018/11/19 NÚMERO PLANILLA	3610202502 EMPLEADOS
PERIODO SALUD				UPC 1 0
2018-10	2018-10	1	31262680	TOTAL A PAGAR \$521.000

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD		
Código EPS	Nombre	Contratación Obligatoria
EPS010	EPS Sura	800068702-2
		208.700

UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
	No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
0		0		0	11	1.800	0	210.500	1

TOTALES PENSIÓN

TOTALES PENSION												
Código AFP	Nombre	NIT	Coligación Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Substitución	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	990338004-7	267 200	0	0	0	0	11	2 000	0	2 000	1 000 000

TOTALES RIESGOS LABORALES

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										
14-28	ARP Sura	802656161-9	40.700				40.700	11	400	41.100			407	41.100	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. Aliados
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	206.700	210.500
Pensión	1	267.200	269.400
Riesgos Laborales	1	40.700	41.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	516.600	521.000

Datos	Empleados	Planillas	Documentos	Reportes	Cesantías	Salir
-------	-----------	-----------	------------	----------	-----------	-------

Periodo Pensión: Octubre 2018. Periodo Salud: Octubre 2018.

Noviembre 20 de 2018 / 10:01 AM

[Inicio](#) > [Planillas](#) > Resumen de pago

Planillas / Resumen de pago

Información básica de la planilla

Empresa: maría catalina vargas castro

Nit: 1019033127

Tipo planilla: I

Periodo liquidación Pensiones: Octubre 2018

Sucursal o Dependencia: PRINCIPAL

Periodo liquidación Salud: Octubre 2018

Número de radicación: 31262680

Total a pagar: \$521,000

Fecha de vencimiento: 08/11/2018

Total de empleados: 1

Fecha de pago: 19/11/2018

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: BANCO AV VILLAS

Número de aprobación: 387025429

Estado de la transacción: Transacción aprobada

Totales

Código	NIT	Administradoras	No. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total pagado
14-28	800256161	ARP Sura	1		\$0.00	\$41,100
25-14	900336004	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	1		\$0.00	\$269,400
EPS010	800088702	EPS Sura	1		\$0.00	\$210,500
						\$521,000

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

[»Ver planillas pagadas](#)

Le informamos que el pago de la planilla No. 31262680, fue posterior a la fecha límite establecida en el Decreto 1670 de 2007. Sin embargo, para las administradoras el recibir el aporte no implica que esté aceptando o se esté allanando a la mora, ya que la Ley establece la obligatoriedad de recibirlo, al igual que para los empleadores y aportantes la obligación de cotizar oportunamente, lo que permite el reconocimiento de las prestaciones económicas (Incapacidades, Licencias de Maternidad y Paternidad), evitando además, el recobro al empleador o trabajador independiente de los servicios prestados durante el periodo de pago extemporáneo.

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

[Exportar reporte a Excel](#) [Exportar reporte a PDF](#)[Imprimir transacción](#)

TIGO  10:25   10:25

Atrás  Salir

Resultado de la Transacción

01-09-2018 10:25 AM 177.252.249.18 2

Transacción Exitosa

Aprobación No. 52522255
De Cuenta No. **8141
Operador PLANILLA ASISTIDA COMPENSAR
Aportante MARIA VARGAS CASTRO
Referencia de Pago 8329790179
Por Valor de \$ 346.500.00

Finalizar



TIGO  11:56   11:56

Atrás  Salir

Resultado de la Transacción

17-09-2018 11:55 AM 186.86.33.16

Transacción Exitosa

Aprobación No. 52525473
De Cuenta No. **8141
Operador PLANILLA ASISTIDA COMPENSAR
Aportante MARIA VARGAS CASTRO
Referencia de Pago 8330100521
Por Valor de \$ 24.800.00

Finalizar



TIGO  08:37   08:37

Atrás  Salir

Resultado de la Transacción

19-11-2018 08:37 AM 191.95.54.218

Transacción Exitosa

Aprobación No. 52525226
De Cuenta No. **8141
Operador PLANILLA ASISTIDA COMPENSAR
Aportante MARIA VARGAS CASTRO
Referencia de Pago 8331262646
Por Valor de \$ 50.300.00

Finalizar



1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: PS-4380-2018 C.D.P. No.: 2423 Proceso al que pertenece: PLAN DE SALUD PÚBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC
Unidad a la que pertenece: SALUD PÚBLICA -
Nombre del Contratista: MARIA CATALINA VARGAS CASTRO C.C. 1.019.033.127 de: Bogotá
Fecha Inicio: 2018-07-04 Fecha Terminación Inicial: 2018-08-03 Valor Mensual: \$ 3.000.000 Valor a cobrar: \$ 3.000.000

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	\$ 3.605.507	2667	2018-08-04	2018-09-03
2	\$ 11.833.333	2857	2018-09-04	2019-01-03
3	\$ 3.913.043	3622		
4				
5				
6				
7				
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	JULIO	\$ 2.333.325	\$ 346.500	8328913442
2	AGOSTO	\$ 2.800.000	\$ 346.500	8328324563
3	SEPTIEMBRE	\$ 3.000.000	\$ 371.300	8330100521 - 8329790179
4	OCTUBRE	\$ 3.000.000	\$ 371.300	31262680
5	EXTRAS SEPTIEMBRE	\$ 391.304	\$ 50.300	8331262646-8330100521 - 8329790179
6	EXTRAS OCTUBRE	\$ 1.173.913	\$ 146.600	31262680
7	NOVIEMBRE	\$ 3.000.000	\$ 371.300	31262680
8				
9				
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
	\$ 2.800.000	\$ 22.151.883	\$ 15.698.542	\$ 6.453.341

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

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN ENFERMERIA DESARROLLANDO ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PÚBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Relación de actividades para el periodo:		Desde:	Hasta:	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)				ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERÍODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	1. Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE.	2018-11-01	2018-11-30	Desarrollar acciones en el espacio vivienda de acuerdo el lineamientos establecidos de la secretaría de salud y cumplir con los direccionamientos establecidos desde del supervisor del contrato
2	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.			Plan familiar formulado Selección y priorización de familias Caracterización social y ambiental a través de diálogo de saberes con la familia. Reconocer la cartografía base para el análisis de determinantes estructurales Analizar conjuntamente con la familia las condiciones halladas y establecer prioridades Plan Familiar Implementado Concertación del Plan familiar Desarrollar acciones centradas en familia.
3	3. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.			Diligenciamiento del cronograma mensualmente en el que se consignan las actividades programadas durante el mes siguiente acordes a las acciones establecidas en el lineamiento
4	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 habitación y acreditación de servicios de salud.			Reconocer y construir saberes y prácticas orientadas a lograr el cuidado en salud familiar Realizar aplicación de tamizajes de acuerdo a los factores de riesgo del grupo familiar.
5	5. Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacios de vida o componente transversal.			Promover la adopción de prácticas de cuidado para la salud Promover el cuidado a cuidadores Promover el Cuidado y reconocimiento de la responsabilidad relacional en pro de la salud familiar
6	6. diligenciar de manera completa, adecuada, ordenada y legible todos los formatos requeridos en las diferentes intervenciones de acuerdo a los anexos operativos de cada espacios de vida o componente transversal.			Entrega oportuna y con calidad de los soportes físicos del las acciones desarrolladas con el grupo familiar.
7				
8				

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

C.C. 1.019.033.127 Bogotá

Firma del Contratista

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS

NOMBRE:	MILTON CARDOSO CRUZ
CARGO:	REFERENTE ESPACIO VIVIENDA
FIRMA	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)		TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD	
					EMPLERADOS	UPC
PERIODO SALUD					1	0
2018-10		2018-10	I	19/11/2018	31262680	TOTAL A PAGAR \$521.000

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	800086702-2	208.700	0		0		0		11	1.800	0	210.500	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Coltización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Coltización	Días Mora	Valor Mora Coltización	Subtotal Coltización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-28	ARP Sura		800256161-9	40 700			40.700	11	400	41.100			407	41.100	1

TOTALES PARAFISCALES					
Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados	
SENA					
0	0	0	0	0	0
ICBF					
0	0	0	0	0	0
ESAP					
MEN					

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, ISP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	208.700	210.500
Pensión	1	287.200	289.400
Riesgos Laborales	1	40.700	41.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MIEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	516.600	521.000

Datos	Empleados	Planillas	Documentos	Reportes	Cesantías	Safir
-------	-----------	-----------	------------	----------	-----------	-------

Periodo Pensión: Octubre 2018. Periodo Salud: Octubre 2018.

Noviembre 20 de 2018 / 10:01 AM

[Inicio](#) > [Planillas](#) > Resumen de pago

Planillas / Resumen de pago

Información básica de la planilla

Empresa:	maria catalina vargas castro	Nit:	1019033127
Tipo planilla:	I	Periodo liquidación Pensiones	Octubre 2018
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	Periodo liquidación Salud:	Octubre 2018
Número de radicación:	31262680	Total a pagar:	\$521,000
Fecha de vencimiento:	08/11/2018	Total de empleados:	1
Fecha de pago:	19/11/2018	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:	BANCO AV VILLAS	Número de aprobación:	387025429
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Totales

Código	NIT	Administradoras	No. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total pagado
14-28	800256161	ARP Sura	1		\$0.00	\$41,100
25-14	900336004	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	1		\$0.00	\$269,400
EPS010	800088702	EPS Sura	1		\$0.00	\$210,500
						\$521,000

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

[»Ver planillas pagadas](#)

Le informamos que el pago de la planilla No. 31262680, fue posterior a la fecha límite establecida en el Decreto 1670 de 2007. Sin embargo, para las administradoras el recibir el aporte no implica que esté aceptando o se esté allanando a la mora, ya que la Ley establece la obligatoriedad de recibirlo, al igual que para los empleadores y aportantes la obligación de cotizar oportunamente, lo que permite el reconocimiento de las prestaciones económicas (Incapacidades, Licencias de Maternidad y Paternidad), evitando además, el recobro al empleador o trabajador independiente de los servicios prestados durante el periodo de pago extemporáneo.

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

[Exportar reporte a Excel](#) [Exportar reporte a PDF](#)[Imprimir transacción](#)

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: PS-4380-2018 C.D.P. No.: 2423 Proceso al que pertenece: PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC
Unidad a la que pertenece: SALUD PUBLICA -
Nombre del Contratista: MARIA CATALINA VARGAS CASTRO C.C. 1.019.033.127 de: Bogota
Fecha Inicio: 2018-07-04 Fecha Terminación Inicial: 2018-08-03 Valor Mensual: \$ 3.000.000 Valor a cobrar: \$ 1.173.913

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	\$ 2.800.000	2667	2018-08-04	2018-09-03
2	\$ 12.020.000	2857	2018-09-04	2019-01-03
3	\$ 3.913.043	3622		
4				
5				
6				
7				
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	JULIO	\$ 2.333.325	\$ 346.500	8328913442
2	AGOSTO	\$ 2.800.000	\$ 346.500	8329324563
3	SEPTIEMBRE	\$ 3.000.000	\$ 371.300	8330100521 - 8329790179
4	OCTUBRE	\$ 3.000.000	\$ 371.300	31262680
5	EXTRAS SEPTIEMBRE	\$ 391.304	\$ 50.300	8331262646-8330100521 - 8329790179
6	EXTRAS OCTUBRE	\$ 1.173.913	\$ 146.600	31262680
7	NOVIEMBRE	\$ 3.000.000	\$ 371.300	31884234
8	EXTRAS NOVIEMBRE	\$ 1.173.913	\$ 516.600	31884234
9				
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
	\$ 2.800.000	\$ 21.533.043	\$ 16.872.455	\$ 4.660.588

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN 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 periodo:	Desde: 2018-11-01	Hasta: 2018-11-30	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	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 FPD y la ESE.	Desarrollar acciones en el espacio vivienda de acuerdo el lineamientos establecidos de la secretaria de salud y cumplir con los direccionamientos establecidos desde del supervisor 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.	Plan familiar formulado Selección y priorización de familias Caracterización social y ambiental a través de diálogo de saberes con la familia. Reconocer la cartografía base para el análisis de determinantes estructurales Analizar conjuntamente con la familia las condiciones halladas y establecer prioridades Plan Familiar Implementado Concertación del Plan familiar Desarrollar acciones centradas en familia.		
3. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.	Diligenciamiento del cronograma mensualmente en el que se consignan las actividades programadas durante el mes siguiente acordes a las acciones establecidas en el lineaminto		
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 habitación y acreditación de servicios de salud.	Reconocer y construir saberes y prácticas orientadas a lograr el cuidado en salud familiar Realizar aplicación de tamizajes de acuerdo a los factores de riesgo del grupo familiar.		
5. Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacios de vida o componente transversal.	Promover la adopción de prácticas de cuidado para la salud Promover el cuidado a cuidadores Promover el Cuidado y reconocimiento de la responsabilidad relacional en pro de la salud familiar		
6. diligenciar de manera completa, adecuada, ordenada y legible todos los formatos requeridos en las diferentes intervenciones de acuerdo a los anexos operativos de cada espacios de vida o componente transversal.	Entrega oportuna y con calidad de los soportes físicos del las acciones desarrolladas con el grupo familiar.		
7.			
8.			

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

C.C. 1.019.033.127 Bogota

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS

NOMBRE:	MILTON CARDOZO CRUZ
CARGO:	REFERENTE ESPACIO VIVIENDA
FIRMA	

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	
CC	1019033127	maría catalina vargas castro	calle 129# 124-36	5985711	micalov7@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D. C.	

DATOS DE LA PLANILLA				
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMESANO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAMESANO)	2018/12/13 NÚMERO PLANILLA
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES			
2018-11	2016-11	I	13/12/2018	31894234
				CANTIDAD
				EMPLEADOS
				UPIC
				1 0
				TOTAL A PAGAR
				\$519,000

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. Atendidos
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	208.700	0		0		0	6	1.000	0	208.700	1

TOTALES PENSIÓN

TOTALES PENSION												
Código AFP	Nombre	NIT	Colización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Colización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	267.200	0	0	0	0	6	1.200	0	268.400	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

TOTALES RIESGOS LABORALES													
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Subrota Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor								
14-28	ARP Surra	800256161-9	40.700				40.700	6	200	40.900	407	40.900	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
------------	--------	-----	--------------	-----------	-------------------	---------------	---------------

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradores Reportados	Valor antes de IGE, LMA, IRT y Mora	Total a Pagar
Salud	1	208.700	209.700
Pensión	1	267.200	268.400
Riesgos Laborales	1	40.700	40.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	516.600	519.000



Fácil, rápido y seguro



Hola, MARIA CATALINA VARGAS CASTRO!

Gracias por utilizar los servicios de PSE, los siguientes son los datos de la transacción CUS 395057785:

Estado de la transacción: Aprobada
Empresa: COMPENSAR-OL
Descripción: MiPlanilla.com Pago Protección Social
Valor de la transacción: \$ 519.000,00
Fecha de aprobación: 13/12/2018

Para mayor información comuníquese con nosotros
en Bogotá: +57 (0) 300 60 00 00
o envíe el correo electrónico info@pse.com.co



Copyright©2018 ACH Colombia. todos los derechos reservados

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: PS-4380-2018 C.D.P. No.: 2423 Proceso al que pertenece: PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC
Unidad a la que pertenece: SALUD PUBLICA -
Nombre del Contratista: MARIA CATALINA VARGAS CASTRO C.C. 1.019.033.127 de: Bogota
Fecha Inicio: 2018-07-04 Fecha Terminación inicial: 2018-08-03 Valor Mensual: \$ 3.000.000 Valor a cobrar: \$ 4.173.913

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	\$ 2.800.000	2667	2018-08-04	2018-09-03
2	\$ 12.020.000	2857	2018-09-04	2019-01-03
3	\$ 3.913.043	3622		
4				
5				
6				
7				
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	JULIO	\$ 2.333.325	\$ 346.500	8328913442
2	AGOSTO	\$ 2.800.000	\$ 346.500	8329324563
3	SEPTIEMBRE	\$ 3.000.000	\$ 371.300	8330100521 - 8329790179
4	OCTUBRE	\$ 3.000.000	\$ 371.300	31262680
5	EXTRAS SEPTIEMBRE	\$ 391.304	\$ 50.300	8331262646-8330100521 - 8329790179
6	EXTRAS OCTUBRE	\$ 1.173.913	\$ 146.600	31262680
7	NOVIEMBRE	\$ 3.000.000	\$ 371.300	31884234
8	EXTRAS NOVIEMBRE	\$ 1.173.913	\$ 516.600	31884234
9	EXTRAS DICIEMBRE	\$ 1.173.913	\$ 516.600	31884234
10	DICIEMBRE	\$ 3.000.000	\$ 516.600	31884234
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Resumen de
contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO
\$ 2.800.000

VALOR TOTAL DEL CONTRATO
\$ 21.533.043

PAGOS REALIZADOS
\$ 21.046.368

SALDO DEL CONTRATO
\$ 486.675

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

OBJETO DEL CONTRATO
PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN 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 periodo: Desde: 2018-12-01 Hasta: 2018-12-30	
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 ESE.	Desarrollar acciones en el espacio vivienda de acuerdo el lineamientos establecidos de la secretaría de salud y cumplir con los direccionamientos establecidos desde del supervisor 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.	Plan familiar formulado Selección y priorización de familias Caracterización social y ambiental a través de diálogo de saberes con la familia. Reconocer la cartografía base para el análisis de determinantes estructurales Analizar conjuntamente con la familia las condiciones halladas y establecer prioridades Plan Familiar implementado Concertación del Plan familiar Desarrollar acciones centradas en familia.
3. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.	Diligenciamiento del cronograma mensualmente en el que se consignan las actividades programadas durante el mes siguiente acordes a las acciones establecidas en el lineamineto
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.	Reconocer y construir saberes y prácticas orientadas a lograr el cuidado en salud familiar Realizar aplicación de tamizajes de acuerdo a los factores de riesgo del grupo familiar.
5. Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacios de vida o componente transversal.	Promover la adopción de prácticas de cuidado para la salud Promover el cuidado a cuidadores Promover el Cuidado y reconocimiento de la responsabilidad relacional en pro de la salud familiar
6. diligenciar de manera completa, adecuada, ordenada y legible todos los formatos requeridos en las diferentes intervenciones de acuerdo a los anexos operativos de cada espacios de vida o componente transversal.	Entrega oportuna y con calidad de los soportes físicos del las acciones desarrolladas con el grupo familiar.
7.	
8.	

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

C.C. 1.019.033.127 Bogota

Firma del Contratista

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS

NOMBRE:	MILTON CARDOZO CRUZ
CARGO:	REFERENTE ESPACIO VIVIENDA
FIRMA	

		DATOS DEL APORTANTE					
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	
CC	10190303127	maría catalina vergas castro		calle 129n- 124-35	5365711	micalav07@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.		
					EXONEBADO PACO PAPA FISCAL Y SALUD		
					NO		

DATOS DE LA PLANILLA			CANTIDAD	
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES			
2016-11	2016-11	I	1311202018	31884234
				TOTAL A PAGAR
				\$519.000

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					
EPS010	EPS Sura		208.700	0		0		0	6	1.000	0	209.700	1

TOTALES PENSION											
Código AFP	Nombre	NIT	Colización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora Colización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900335004-7	267,200	0	0	0	0	6	1,200	0	268,400
											1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora Cotización	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Salto a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-28	ARP Sura	800256161-9	40.700				40.700	6	200	40.900			407	40.900	

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	208.700	209.700
Pensión	1	267.200	268.400
Riesgos Laborales	1	40.700	40.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	516.600	519.000

confirmación Transacción PSE - CUS 395057785



Fácil, rápido y seguro



Hola, MARIA CATALINA VARGAS CASTRO!

Gracias por utilizar los servicios de PSE, los siguiente son los datos de la transacción CUS 395057785

Estado de la transacción: Aprobada

Empresa: COMPENSAR-OT

Descripción: MIPlanilla.com Pago Proteccion Social

Valor de la transacción: \$ 519,000.00

Fecha de aprobación: 13/12/2018

Para mayor información comunicada con nosotros
al número 111 330 0000 ext 2
o visite el sitio web www.pse.com.co



Copyright©2018 ACH Colombia. Todos los derechos reservados

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: 4380 C.D.P. No.: 2423 Proceso al que pertenece: PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC
Unidad a la que pertenece: SALUD PUBLICA -
Nombre del Contratista: MARIA CATALINA VARGAS CASTRO C.C. 1.019.033.127 de: Bogota
Fecha Inicio: 2018-07-04 Fecha Terminación Inicial: 2018-08-03 Valor Mensual: \$ 3.000.000 Valor a cobrar: \$ 3.000.000

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	\$ 2.800.000	2667	2018-08-04	2018-09-03
2	\$ 12.020.000	2857	2018-09-04	2019-01-03
3	\$ 3.913.043	3622		
4			2019-01-04	2019-03-03
5	\$ 6.000.000	8		
6				
7				
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	JULIO	\$ 2.333.325	\$ 346.500	8329913442
2	AGOSTO	\$ 2.800.000	\$ 346.500	8329324563
3	SEPTIEMBRE	\$ 3.000.000	\$ 371.300	8330100521 - 8329700179
4	OCTUBRE	\$ 3.000.000	\$ 371.300	31262680
5	EXTRAS SEPTIEMBRE	\$ 391.304	\$ 60.300	8331262646-8330100521 - 8329790179
6	EXTRAS OCTUBRE	\$ 1.173.913	\$ 146.600	31262680
7	NOVIEMBRE	\$ 3.000.000	\$ 371.300	31884234
8	EXTRAS NOVIEMBRE	\$ 1.173.913	\$ 516.600	31884234
9	EXTRAS DICIEMBRE	\$ 1.173.913	\$ 516.600	31884234
10	DICIEMBRE	\$ 3.000.000	\$ 516.600	31884234
11	ENERO	\$ 3.000.000	\$ 516.600	32389642
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
	\$ 2.800.000	\$ 27.533.043	\$ 24.046.368	\$ 3.486.675

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

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN 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 periodo: Desde: 2019-01-01 Hasta: 2019-01-30

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 ESE.	Desarrollar acciones en el espacio vivienda de acuerdo el lineamientos establecidos de la secretaria de salud y cumplir con los direccionamientos establecidos desde el supervisor 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.	Plan familiar formulado Selección y priorización de familias Caracterización social y ambiental a través de diálogo de saberes con la familia. Reconocer la cartografía base para el análisis de determinantes estructurales Analizar conjuntamente con la familia las condiciones halladas y establecer prioridades Plan Familiar Implementado Concertación del Plan familiar Dirigenciamiento del cronograma mensualmente en el que se consignan las actividades programadas durante el mes siguiente acordadas a las acciones establecidas en el lineamiento.
3 Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.	Reconocer y construir saberes y prácticas orientadas a lograr el cuidado en salud familiar Realizar aplicación de tamizajes de acuerdo a los factores de riesgo del grupo familiar.
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.	Promover la adopción de prácticas de cuidado para la salud Promover el cuidado a cuidadores
5 Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacios de vida o componente transversal.	Promover el Cuidado y reconocimiento de la responsabilidad relacional en pro de la salud familiar.
6 diligenciar de manera completa, adecuada, ordenada y legible todos los formatos requeridos en las diferentes intervenciones de acuerdo a los anexos operativos de	Entrega oportuna y con calidad de los soportes físicos del las acciones desarrolladas con el grupo familiar.

Observaciones:

Se anexa certificación de pago a salud, pension y ARL.

En caso de tener contrato nuevo se debe anexar también la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro.

Firma del Contratista

1 019 033 127

4

Bogota

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS

NOMBRE:	MILTON CARDOZO CRUZ
CARGO:	REFERENTE ESPACIO VIVIENDA
FIRMA	

DATOS DEL APORTANTE									
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCIALES Y SALUD			
CC	1019033127	marta catalina vargas castro	calle 129# 124-35	5385711	mcalaw07@hotmail.com				
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CUIDAD / 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				
PERIODO SALUD	2018-12	PERIODO PENSIONES	2018-12	1	11/01/2019	32389842			
					TOTAL EMPLEADOS	1			
					TOTAL A PAGAR	\$517.500			

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD									
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor	
EPS10	EPS Sura	80008702-2	208.700	0		0	2	0	
					Valor Mora Cotización		Valor Mora UPC		
					400		0		
							Total a Pagar		208.100
									No. Afiliados
									1

TOTALES PENSION									
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsolidaridad	Días Mora	
25-14	Colpensiones	80033604-7	287.200	0	0	0	0	2	
					Valor Mora Cotización		Valor Mora FSP		
					400		0		
							Total a Pagar		287.600
									No. Afiliados
									1

TOTALES RIESGOS LABORALES									
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades	Aportes Otros	Valor Neto	Días Mora	Valor Mora Cotización	
14-28	ARP Sura	800256161-9	40.700	No. Autorización	Sistemas	40.700	2	100	
					Valor Mora Cotización		No. Radicado		
					40.800		Saldo a Favor		
							Fondo Solidaridad		
							407		
							Total a Pagar		40.800
									No. Afiliados
									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				
		</		



Fácil, rápido y seguro



Hola, MARIA CATALINA VARGAS CASTRO!

Gracias por utilizar los servicios de PSE, los siguiente son los datos de la transacción CUS 403112892:

Estado de la transacción: Aprobada

Empresa: COMPENSAR-OI

Descripción: MiPlanilla.com Pago Protección Social

Valor de la transacción: \$ 517.500,00

Fecha de aprobación: 11/01/2019