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: 01**
**FECHA: 2017-07-07**

## 1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. CONTRATO - OPS:** | PS-4533-2018 | **C.D.P. No.:** | 2423 | **Proceso al que pertenece:** | PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC |
| | | | | **Unidad a la que pertenece:** | SALUD PUBLICA - ESPACIO PUBLICO |

**Nombre del Contratista:** NANCY VIVIANA GONZALEZ GORDILLO **C.C.** 52.886.926 **de:** BOGOTÁ

**Fecha Inicio:** 2018-07-04 **Fecha Terminación incial:** 2018-08-03 **Valor Mensual:** $ 1.500.000 **Valor a cobrar:** $ 1.350.000

| 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 | $ 1.350.000 | $ 241.800 | 1013733250 |
| 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 | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 1.500.000 | $ 1.500.000 | $ 1.350.000 | $ 150.000 |

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

**OBJETO DEL CONTRATO**

PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA SESARROLLANDO ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTINAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

**Relación de actividades para el periodo:** **Desde:** 2018-07-04 **Hasta:** 2018-07-30

| | OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta) | DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO 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. | desarrollar actividades correspondientes de acuerdo a lo establecido en el cronograma del mes |
| 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 cin el fondo financiero distrital | desarrollar actividades correspondientes establecidas en la estrategia cuidate se feliz, participacion en reuniones de espacio piblico decapacitacion desarrollada por SDS acercamoento y concertacion de los espacios para el desdarrollo de la jornada cuidate se feliz se apoyan las doferentes acciones inherentes en pro del mejoramiento y calidad del servicio. |
| 3 | 3. presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar contenidos en el formato de necesidad de persinal qur hace parte integral del presente contrato | presentar cronograma de actividades del mes. |
| 4 | | |

**Observaciones:**

Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL.
En caso de tener contrato nuevo se debe anexar también la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro

**Firma del Contratista**

**C.C.** 52.886.926 **de** BOGOTÁ

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS | |
|---|---|
| **NOMBRE:** | ADRIANA HIGUERA |
| **CARGO:** | LIDER DE ESPACIO PUBLICO |
| **FIRMA** | Adriana Higuera |

JUL 13 2018 12:59:18 RBMICT 6.12
CORRESPONSAL
TA30 BOGOTA PALOQUEMAD
CCO CALIMA

BANCO DE BOGOTA

C.UNICO: 0013001789 TER: 73001202
V.ELECTRON Cc
**8685 RECIBO: 001781 RRN: 002642
RECAUDO APRO: 983267

SERVICIO: 6347
FACTURA: 00000000000000008877909240
** PAGO FACTURA **
TRANSACCION EXITOSA

RECAUDO $ 242.600

*** CLIENTE ***
MAYOR INFORMACION EN LA LINEA
NACIONAL: 01 8000518877

ALMACENES LA 14 S.A.

NIT. 890.300.346-1
Visitenos en www.la14.com

Este tiquete no es valido para participar en los sorteos

13/07/18 12:58:07
2425 1-PAGO FACTURAS
26993:AMALIA VICTORIA CARDENAS SEPULVEDA
AL:TA30 CJ:6659 TR:0158586

TRANSACCION CORRESPONSAL BANCARIO

006347/983267 8877909240 242600

TOTAL PAGADO: $242600

EFECTIVO 250000
CAMBIO -7400

** TRANSACCION SUJETA A VERIFICACION **

LOS RECLAMOS DE FACTURAS SERAN ATENDIDOS
Centro de Servicios de ATH-Reclamacion
Correo Electronico: cservicio@ath.com.co
Telefono: (1)4855578
HORA:12:59 TERM:6659 TRN:0158586 AL:TA30

Simple

## Información de la Planilla Pagada

| | |
|---|---|
| **Nit de comercio Operador de Información** | 900097333-9 |
| **Razón Social del Operador de Información** | SIMPLE S.A. |
| **Descripción** | Pago de Seguridad Social |
| **Fecha** | 2018-07-13, 04:15:27 PM |
| **Periodo de Cotización Otros Riesgos** | julio de 2018 |
| **Periodo de Cotización Para Salud** | julio de 2018 |
| **Empresa** | NANCY VIVIANA GONZALEZ GORDILLO |
| **CEDULA CIUDADANIA** | CC 52886926 |
| **Código Sucursal (Nombre)** | ( ) |
| **Referencia de Pago/ Número Planilla** | 8877909240 / 1013733250 |
| **Tipo de Planilla** | I |
| **Número Transacción Bancaria/ CUS** | 73668786 |
| **Banco** | (1023) - BANCO DE OCCIDENTE |
| **Valor** | $ 242.600 |
| **Estado de la Transacción** | Aprobada |
| **Dirección IP de Origen** | 10.0.19.58 |

| Nit | Código | Administradora | Número Afiliados | Valor sin Mora | Total Intéreses Mora |
|---|---|---|---|---|---|
| N900336004 | 25-14 | COLPENSIONES | 1 | $ 125.000 | $ 400 |
| N860066942 | EPS008 | COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD | 1 | $ 97.700 | $ 300 |
| N860002503 | 14-7 | CIA. DE SEGUROS BOLIVAR S.A. | 1 | $ 19.100 | $ 100 |
| | | | | | |
| | | | **SubTotales:** | $ 241.800 | $ 800 |
| | | | **Total a Pagar:** | | $ 242.600 |



Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 655 30 03 - Pereira: 313 93 00 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

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: 01**

## 1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

**No. CONTRATO - OPS:** PS-4533-2018 **C.D.P. No.:** 2423 **Proceso al que pertenece:** PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC
**Unidad a la que pertenece:** SALUD PUBLICA - ESPACIO PUBLICO

**Nombre del Contratista:** NANCY VIVIANA GONZALEZ GORDILLO **C.C.** 52.886.926 **de:** BOGOTÁ

**Fecha Inicio:** 2018-07-04 **Fecha Terminación incial:** 2018-08-03 **Valor Mensual:** $ 1.500.000 **Valor a cobrar:** $ 1.500.000

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | $ 1.500.000 | 2667 | 2018-08-04 | 2018-09-03 |
| 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 | $ 1.350.000 | $ 241.800 | 1013733250 |
| 2 | AGOSTO | $ 1.500.000 | $ 241.800 | 1014343919 |
| 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 | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 1.500.000 | $ 3.000.000 | $ 2.850.000 | $ 150.000 |

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

**OBJETO DEL CONTRATO**

PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA SESARROLLANDO ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTINAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

**Relación de actividades para el periodo:** **Desde:** 2018-08-01 **Hasta:** 2018-08-31

| | OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta) | DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO 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. | desarrollar actividades correspondientes de acuerdo a lo establecido en el cronigrama del mes. |
| 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 lineamiemtos contenidos en el contrato suscrito con el fondo financiero distrital | desarrollar actividades correspondientes establecidas en la estrategia cuidate se feliz, participacion en reuniones de espacio piblico decapacitacion desarrollada por SDS acercamiento y concertacion de los espacios para el desdarrollo de la jornada cuidate se feliz se apoyan las diferentes acciones inherentes en pro del mejoramiento y calidad del servicio. |
| 3 | 3. presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar contenidos en el formato de necesidad de personal qur hace parte integral del presente contrato | presentar cronograma de actividades del mes. |
| 4 | | |

**Observaciones:**

Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL.
En caso de tener contrato nuevo se debe anexar también la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro

Firma del Contratista

**C.C.** 52.886.926 **de** BOGOTÁ

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS | |
|---|---|
| NOMBRE: | ADRIANA HIGUERA |
| CARGO: | LIDER DE ESPACIO PUBLICO |
| FIRMA | |

AGO 10 2018 11:32:44 REMICT 8.00
EXITO CALIMA
CLL 19 18-80
CORRESPONSAL
BANCO AV VILLAS
C.UNICO: 0013948963 TER: AOFZZ165
C.BANC: 0052
ID CAJERO: 0036302408
RECIBO: 004874 RRN: 010470
RECAUDO APRO: 008686
SERVICIO: 6347
FACTURA: 00000000000000008877909240
** PAGO FACTURA **
TRANSACCION EXITOSA
RECAUDO $ 242.300

BANCO AV VILLAS es responsable por los servicios prestados por el CB. El CB no puede prestar servicios financieros por su cuenta.
Para reclamos comuníquese al:
01 8000518000
CONSERVE ESTA TIRILLA COMO SOPORTE.
*** CLIENTE ***

AGO 10 2018 - 11:31:27

...EXITO CALIMA...

879893 SIMPLE S.A. NUEVO 242.300
Factura: 8877909240
**** SUBTOTAL/TOTAL >>>> $ 242.300
EFECTIVO 250.000
FACTURAS APROBADAS
Fac.8877909240 Apro:008686 BANCO:0052
CAMBIO 7.700
DISCRIMINACION TARIFAS IVA

| TARIFA | COMPRA | BASE/IMP. | IVA |
|---|---|---|---|
| =00% | 242300 | 242300 | 0 |
| TOTAL= | 242300 | 242300 | 0 |

TIQUETE :4043 0020082145
RES.DIAN# 110000693374 DEL 02/NOV/2016
RANG.AUT.4043 0020000000 al 0029999999
TOTAL ARTICULOS COMPRADOS = 1
Almacenes Exito S.A. NIT 890.900.608-9
AUTORRETENEDOR RES.8825 DE 16/NOV/2016
PARA TUS RECLAMOS LLAMA AL 3053360464

10/AGO/2018 11:32 4043 02 0085 2408

4043-SMFH1

Simple

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2018-08-11, 08:43:27 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1014343919

**Periodo Cotización:** agosto de 2018 **Periodo Servicio:** agosto de 2018 **Referencia pago (PIN):** 8877909240

**PAGADO 10/08/2018**

## I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | NANCY VIVIANA GONZALEZ GORDILLO | | |
| **Documento** | CC52886926 | **Dirección** | CLL 16 F BIS #102-69 |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3134268499 |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO |
| **Ciudad** | BOGOTA D.C. | **Departamento** | BOGOTA D.C. |
| **Representante Legal** | GONZALEZ GORDILLO NANCY VIVIANA | **Identificación** | CC 52886926 |
| **Total Afiliados** | 1 | **ARP** | SEGUROS BOLIVAR |

## II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | RET P | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Administradores | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradores | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradores | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |
| CC 52886926 | NANCY VIVIANA GONZALEZ GORDILLO | 59 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 0 | (25-14) COLPENSIONES | $ 781.242 | $ 125.000 | (EPS008) COMPENSAR EPS | $ 781.242 | $ 97.700 | 2,436 | $ 781.242 | $ 19.100 | (NIN-CC) NINGUNA CCF | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 241.800 |

## III.TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 781.242 | $ 781.242 | $ 781.242 | $ 0 | $ 125.000 | $ 97.700 | $ 19.100 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 241.800 | $ 500 | $ 242.300 |



Lineas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellin: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 655 30 03 - Pereira: 313 93 00 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

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: 01**
**FECHA: 2017-07-07**

## 1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. CONTRATO - OPS:** | 4533 | **C.D.P. No.:** | 2423 | **Proceso al que pertenece:** | PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC |
| | | | | **Unidad a la que pertenece:** | SALUD PUBLICA - ESPACIO PÚBLICO |

**Nombre del Contratista:** NANCY VIVIANA GONZALEZ GORDILLO **C.C.** 52.886.926 **de:** BOGOTA

**Fecha Inicio:** 2018-07-04 **Fecha Terminación incial:** 2018-08-03 **Valor Mensual:** $ 1.550.000 **Valor a cobrar:** $ 1.550.000

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | $ 1.500.000 | 2667 | 2018-08-04 | 2018-09-04 |
| 2 | $ 6.205.000 | 2857 | 2018-09-05 | 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 | $ 1.350.000 | $ 241.800 | 1013733250 |
| 2 | AGOSTO | $ 1.500.000 | $ 241.800 | 1014343919 |
| 3 | SEPTIEMBRE | $ 1.550.000 | $ 241.800 | 1014911593 |
| 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 |
|---|---|---|---|
| $ 1.500.000 | $ 9.205.000 | $ 4.400.000 | $ 4.805.000 |

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

**OBJETO DEL CONTRATO**

PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO AUXILIAR DE 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:** 2018-09-01 **Hasta:** 2018-09-30

| | 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. | Organización de materiales para inicio de jornadas cuidate se feiz, Digitación de planillas en el aplicativo Cuidate Se Feliz. Realización de Actas de apropiación conceptual. E Informe mensual matriz Ambiental. |
| 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. | Jornadas cuidate se feliz primera,segunda, tercera y cuarta semana de Agosto ubicadas en Super Cade kr 30. Punto de Ciclovia. |
| 3 | Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. | El dia 01 de Octubre de 2018, Realización y entrega de Cronograma de las Actividades a realizar para el mes de Octubre de 2018 |
| 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 habilitacion y acreditacion de los servicios de salud. | Se realiza revision periodica en aplicativo cuidate se Feliz de los usuarios registrados y correccion de los usuarios digitados con algun error |
| 5 | Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal. | Se realiza traslados a puntos de ubicación asignados. |
| 6 | Diligenciar de manera completa, adecuada, ordenada y legible todos los formatos requeridos. | Se realiza el diligenciamiento de usarios de manera organizada en formatos y aplicativo. |

**Observaciones:**

Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL.
En caso de tener contrato nuevo se debe anexar también la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro

**Firma del Contratista**

**C.C.** 52.886.926 **de** BOGOTA

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS | |
|---|---|
| NOMBRE: | ADRIANA HIGUERA |
| CARGO: | Líder Espacio Público |
| FIRMA | Adriana Higuera |

Banco AV Villas

# COMPROBANTE PAGO DE PLANILLA ASISTIDA PILA

| Número identificación del Aportante / Pin Único | Valor a Pagar $: |
|---|---|
| 52 886 926 | 241 800= |

Si usted va a realizar el pago con el número de Planilla, diligencie esta sección:

**PAGO CON NÚMERO DE PLANILLA**

Número de Planilla: 8 8 7 7 9 0 9 2 4 0

Si usted va a realizar el pago con Pin Único, diligencie esta sección:

**PAGO CON PIN ÚNICO**

Operador de Información: 88 7790 9240

Periodo de Cotización a Pagar: Año 2018 Mes 09

CAP-PRO-083-V2

**ESTIMADO CLIENTE:**
VERIFIQUE QUE LA INFORMACIÓN IMPRESA EN EL COMPROBANTE SEA CORRECTA Y QUE EL VALOR REGISTRADO CORRESPONDA AL VALOR ORDENADO POR USTED. EL BANCO NO TENDRÁ COPIA DE ESTE FORMATO. EL SOPORTE DE LA TRANSACCIÓN SERÁ EL REGISTRO EN EL SISTEMA. RECUERDE QUE ÉSTE SERÁ EL ÚNICO SOPORTE FÍSICO DE SU TRANSACCIÓN. CONSÉRVELO PARA CUALQUIER VERIFICACIÓN.

V 039 20180912 13:16 SC2111 LINEA 0
VR PAGADO: 241,800.00
NOMBRE:SIMPLE
CLAVE:887790240 0
ID:52886926
Fecha Aplicación:20180912 PIN:131642
Estimado cliente: verifique los datos de su pago. Después de retirarse de la ventanilla no se aceptan reclamos.

FORTECO S.A.

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2018-09-13, 03:06:55 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1014911593

**Periodo Cotización:** septiembre de 2018 **Periodo Servicio:** septiembre de 2018 **Referencia pago (PIN):** 8877909240

**PAGADO 12/09/2018**

## I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | NANCY VIVIANA GONZALEZ GORDILLO | | |
| **Documento** | CC52886926 | **Dirección** | CLL 16 F BIS #102-69 |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3134268499 |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO |
| **Ciudad** | BOGOTA D.C. | **Departamento** | BOGOTA D.C. |
| **Representante Legal** | GONZALEZ GORDILLO NANCY VIVIANA | **Identificación** | CC 52886926 |
| **Total Afiliados** | 1 | **ARP** | SEGUROS BOLIVAR |

## II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | RET P | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |
| CC 52886926 | NANCY VIVIANA GONZALEZ GORDILLO | 59 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 0 | (25-14) COLPENSIONES | $ 781.242 | $ 125.000 | (EPS008) COMPENSAR EPS | $ 781.242 | $ 97.700 | 2,436 | $ 781.242 | $ 19.100 | (NIN-CC) NINGUNA CCF | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 241.800 |

## III.TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 781.242 | $ 781.242 | $ 781.242 | $ 0 | $ 125.000 | $ 97.700 | $ 19.100 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 241.800 | $ 0 | $ 241.800 |



Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 655 30 03 - Pereira: 313 93 00 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

4533

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: 01**
**FECHA: 2017-07-07**

## 1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. CONTRATO - OPS:** | 4533 | **C.D.P. No.:** | 2423 | **Proceso al que pertenece:** | PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC |
| | | | | **Unidad a la que pertenece:** | SALUD PUBLICA - ESPACIO PÚBLICO |
| **Nombre del Contratista:** | NANCY VIVIANA GONZALEZ GORDILLO | | | **C.C.** | 52.886.926 de BOGOTA |
| **Fecha Inicio:** | 2018-07-04 | **Fecha Terminación inicial:** | 2018-08-03 | **Valor Mensual:** | $ 1,550,000 **Valor a cobrar:** $ 1,550,000 |

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | $ 1,500,000 | 2667 | 2018-08-04 | 2018-09-04 |
| 2 | $ 6,205,000 | 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 | | | | |

| N° CTA | MES DE CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR | VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL | NÚMERO DE PLANILLA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | JULIO | $ 1,350,000 | $ 241,800 | 1013733250 |
| 2 | AGOSTO | $ 1,500,000 | $ 241,800 | 1014343919 |
| 3 | SEPTIEMBRE | $ 1,550,000 | $ 241,800 | 1014911593 |
| 4 | OCTUBRE | $ 1,550,000 | $ 241,800 | 1015600561 |
| 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 |
|---|---|---|---|
| $ 1,500,000 | $ 9,205,000 | $ 5,950,000 | $ 3,255,000 |

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

**OBJETO DEL CONTRATO**

PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO AUXILIAR DE 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 ESPECIFICAS (Las estipuladas en la minuta) | DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO 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 E.S.E. | Se realizan las acciones dispuestas para el desarrollo publico de las actividades en el marco del contrato FFD y la ESE |
| 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. | Se presenta la información y soportes solicitados, con el fin de corroborar las actividades contractuales Se apoyan las diferentes acciones inherentes en pro al mejoramiento y la calidad de los servicios Se realizan 23 sesiones en el espacio público estrategia Cuidate se Feliz en la localidad los martires |
| 3 | 3. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar | Se presenta el cronograma de actividades del mes de NOVIEMBRE. |
| 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 habilitación y acreditación de servicios de salud. | Realizar verificacion del aplicativo y asistencias tecnicas con el espacio y SDS. |
| 5 | 5. Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal. | Realizar tamizaje a usuarios que asisten a la Estrategia Cuidate se Feliz según anexos operativos dados por los lineAmientos de la SDS |
| 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, completa y ordenada de formatos requeridos según accion integrada 1. |

**Observaciones:**

Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL.
En caso de tener contrato nuevo se debe anexar también la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro

Firma del Contratista

C.C. 52.886.926 de BOGOTA

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS | |
|---|---|
| NOMBRE: | ADRIANA HIGUERA |
| CARGO: | Líder Espacio Público |
| FIRMA | Adriana Higuera |

COLSUBSIDIO
FONTIBON

DOCUMENTO SOPORTE

NOMBRE : PLANILLA SIMPLE RECAUDO
NIT : 900.097.333-9
CODIGO : 20596
REFERENCIA : 8877909240
PLANILLA : 1015600561
PERIODO : 2018/10
REFERENCIA 2: 8877909240

| Código | Descripción | Cant | Valor |
|---|---|---|---|
| 693927 | RECAUDO PLA | 1 | 241800 |
| | | | 241800 |

DOCUMENTO

1810090003992250
CONSECUTIVO: 001

OCT 09, 18 10:07

09/Oct/2018 10:08 1254 03 0060 1427375
(COPIA CLIENTE)

Simple

## Información de la Planilla Pagada

| | |
|---|---|
| **Nit de comercio Operador de Información** | 900097333-9 |
| **Razón Social del Operador de Información** | SIMPLE S.A. |
| **Descripción** | Pago de Seguridad Social |
| **Fecha** | 2018-10-09, 10:06:56 AM |
| **Periodo de Cotización Otros Riesgos** | octubre de 2018 |
| **Periodo de Cotización Para Salud** | octubre de 2018 |
| **Empresa** | NANCY VIVIANA GONZALEZ GORDILLO |
| **CEDULA CIUDADANIA** | CC 52886926 |
| **Código Sucursal (Nombre)** | ( ) |
| **Referencia de Pago/ Número Planilla** | 8877909240 / 1015600561 |
| **Tipo de Planilla** | I |
| **Número Transacción Bancaria/ CUS** | |
| **Banco** | (1052) - BANCO AV VILLAS |
| **Valor** | $ 241.800 |
| **Estado de la Transacción** | Aprobada |
| **Dirección IP de Origen** | 10.0.19.58 |

| Nit | Código | Administradora | Número Afiliados | Valor sin Mora | Total Intéreses Mora |
|---|---|---|---|---|---|
| N900336004 | 25-14 | COLPENSIONES | 1 | $ 125.000 | $ 0 |
| N860066942 | EPS008 | COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD | 1 | $ 97.700 | $ 0 |
| N860002503 | 14-7 | CIA. DE SEGUROS BOLIVAR S.A. | 1 | $ 19.100 | $ 0 |
| | | | **SubTotales:** | $ 241.800 | $ 0 |
| | | | **Total a Pagar:** | | $ 241.800 |



SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

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**

4533

**CÓDIGO: AP-IA-FT-014**
**VERSIÓN: 01**
**FECHA: 2017-07-07**

## 1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

**No. CONTRATO - OPS:** PS-4533-2018 **C.D.P. No.:** 2423 **Proceso al que pertenece:** PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC
**Unidad a la que pertenece:** SALUD PUBLICA - ESPACIO PUBLICO

**Nombre del Contratista:** NANCY VIVIANA GONZALEZ GORDILLO **C.C.** 52,886,926 **de:** BOGOTA

**Fecha Inicio:** 2018-07-04 **Fecha Terminación incial:** 2018-08-03 **Valor Mensual:** $ 1.550.000 **Valor a cobrar:** $ 1.550.000

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | $ 1.500.000 | 2667 | 2018-08-04 | 2018-09-04 |
| 2 | $ 6.205.000 | 2857 | 2018-09-05 | 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 | $ 1.550.000 | $ 241.800 | 1013733250 |
| 2 | AGOSTO | $ 1.500.000 | $ 241.800 | 1014343919 |
| 3 | SEPTIEMBRE | $ 1.550.000 | $ 241.800 | 1014911593 |
| 4 | OCTUBRE | $ 1.550.000 | $ 241.800 | 1015600561 |
| 5 | NOVIEMBRE | $ 1.550.000 | $ 241.800 | 1016113528 |
| 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 |
|---|---|---|---|
| $ 1.500.000 | $ 9.205.000 | $ 7.500.000 | $ 1.705.000 |

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

**OBJETO DEL CONTRATO**

PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO AMBIENTAL 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 período:** **Desde:** 2018-11-01 **Hasta:** 2018-11-30

| | OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta) | DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO 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 E.S.E. | Se realizan las acciones dispuestas para el desarrollo publico de las actividades en el marco del contrato FFD y la ESE |
| 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. | Se presenta la información y soportes solicitados, con el fin de corroborar las actividades contractuales Se apoyan las diferentes acciones inherentes en pro al mejoramiento y la calidad de los servicios. Se realizan 23 sesiones en el espacio publico estrategia Cuidate se Feliz en la localidad los martires. |
| 3 | 3. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar | Se presenta el cronograma de actividades del mes de DICIEMBRE. |
| 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 habilitación y acreditación de servicios de salud. | Realizar verificacion del aplicativo y asistencias tecnicas con el espacio y SDS. |
| 5 | 5. Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal. | Realizar tamizaje a usuarios que asisten a la Estrategia Cuidate se Feliz según anexos operativos dados por los lineAmaientos de la SDS |
| 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, completa y ordenada de formatos requeridos según accion integrada 1. |
| 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

Viviana Gonzalez
**Firma del Contratista**

**C.C.** 52,886,926 **de** BOGOTA

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS | |
|---|---|
| **NOMBRE:** | ADRIANA HIGUERA |
| **CARGO:** | LIDER ESPACIO PUBLICO |
| **FIRMA** | Adriana Higuera |

Simple

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2018-11-14, 03:12:04 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1016113528

**Periodo Cotización:** noviembre de 2018 **Periodo Servicio:** noviembre de 2018 **Referencia pago (PIN):** 8877909240

**PAGADO 14/11/2018**

## I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | NANCY VIVIANA GONZALEZ GORDILLO | | |
| **Documento** | CC52886926 | **Dirección** | CLL 16 F BIS #102-69 |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3134268499 |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO |
| **Ciudad** | BOGOTA D.C. | **Departamento** | BOGOTA D.C. |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | |
| **Total Afiliados** | 1 | **ARP** | SEGUROS BOLIVAR |

## II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | RET P. | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |
| CC 52886926 | NANCY VIVIANA GONZALEZ GORDILLO | 59 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 0 | (25-14) COLPENSIONES | $ 781.242 | $ 125.000 | (EPS008) COMPENSAR EPS | $ 781.242 | $ 97.700 | 2,436 | $ 781.242 | $ 19.100 | (NIN-CC) NINGUNA CCF | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 241.800 |

## III.TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 781.242 | $ 781.242 | $ 781.242 | $ 0 | $ 125.000 | $ 97.700 | $ 19.100 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 241.800 | $ 0 | $ 241.800 |



Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 655 30 03 - Pereira: 313 93 00 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!



# PAGO DE FACTURAS

SIMPLE S.A

NUM APROBACION: 293859
REFERENCIA: 8877909240
FECHA EFECTIVA: MIE 14 NOV 18
# TRANSACCION: 189077872135
VALOR: 241.800
FECHA EXPE:MIE14 NOV 18 11:11:36
318-06347138-090
779703-241698-644623-028393-70
CORRESPONSAL BANCARIO PARA
BANCO DE OCCIDENTE. LA IMPRE-
SION DE ESTE TIQUETE IMPLICA
SU ACEPTACION. VERIFIQUE LA
INFORMACION. ESTE ES EL UNICO
RECIBO OFICIAL DE PAGO REQUE-
RIMIENTOS
A SU OPERADOR O ESCRIBIR A
SERVICIOALCLIENTE@PAGOSIMPLE.COM

AGT 20123 CLR 1026582601
09168852-153204

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: 01
FECHA: 2017-07-07

## 1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| No. CONTRATO - OPS: | PS-4533-2018 | C.D.P. No.: | 2423 | Proceso al que pertene | PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC |
| | | | | Unidad a la que pertene | SALUD PUBLICA - ESPACIO PUBLICO |
| Nombre del Contratista: | NANCY VIVIANA GONZALEZ GORDILLO | | | C.C. | 52,886,926 de: BOGOTA |
| Fecha Inicio: | 2018-07-04 | Fecha Terminación incial: | 2018-08-03 | Valor Mensual | $ 1.550.000 Valor a cobrar: $ 1.550.000 |

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | $ 1.500.000 | 2667 | 2018-08-04 | 2018-09-04 |
| 2 | $ 6.205.000 | 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 | $ 1.350.000 | $ 241.800 | 1013733250 |
| 2 | AGOSTO | $ 1.500.000 | $ 241.800 | 1014343919 |
| 3 | SEPTIEMBRE | $ 1.550.000 | $ 241.800 | 1014911593 |
| 4 | OCTUBRE | $ 1.550.000 | $ 241.800 | 1015600561 |
| 5 | NOVIEMBRE | $ 1.550.000 | $ 241.800 | 1016113528 |
| 6 | DICIEMBRE | $ 1.550.000 | $ 241.800 | 1016113528 |
| 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 |
|---|---|---|---|
| $ 1.500.000 | $ 9.205.000 | $ 9.050.000 | $ 155.000 |

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

### OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO AMBIENTAL 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 | 1. Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la E.S.E. | Se realizan las acciones dispuestas para el desarrollo publico de las actividades en el marco del contrato FFD y la ESE |
| 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. | Se presenta la información y soportes solicitados, con el fin de corroborar las actividades contractuales Se apoyan las diferentes acciones inherentes en pro al mejoramiento y la calidad de los servicios. Se realizan 23 sesiones en el espacio publico estrategia Cuidate se Feliz en la localidad los martires. |
| 3 | 3. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar | Se presenta el cronograma de actividades del mes. |
| 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 habilitación y acreditación de servicios de salud. | Realizar verificacion del aplicativo y asistencias tecnicas con el espacio y SDS, |
| 5 | 5. Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal. | Realizar tamizaje a usuarios que asisten a la Estrategia Cuidate se Feliz según anexos operativos dados por los lineAmaientos de la SDS |
| 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, completa y ordenada de formatos requeridos según accion integrada 1, |
| 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

Nancy Viviana Gonzalez
Firma del Contratista

C.C. 52,886,926 de BOGOTA

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS | |
|---|---|
| NOMBRE: | ADRIANA HIGUERA |
| CARGO: | LIDER ESPACIO PUBLICO |
| FIRMA | Adriana Higuera |

Simple

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2018-11-14, 03:12:04 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1016113528

**Periodo Cotización:** noviembre de 2018 **Periodo Servicio:** noviembre de 2018 **Referencia pago (PIN):** 8877909240

**PAGADO 14/11/2018**

## . DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | NANCY VIVIANA GONZALEZ GORDILLO | | |
| **Documento** | CC52886926 | **Dirección** | CLL 16 F BIS #102-69 |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3134268499 |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO |
| **Ciudad** | BOGOTA D.C. | **Departamento** | BOGOTA D.C. |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | |
| **Total Afiliados** | 1 | **ARP** | SEGUROS BOLIVAR |

## I. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | IRP | IBC | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | DIAS ARP | DIAS EPS | Días APP | Días CCF | Administradores | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradores | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradores | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Mineterio | Total |
| C 52886926 | NANCY VIVIANA GONZALEZ GORDILLO | 59 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 0 | (25-14) COLPENSIONES | $ 781.242 | $ 125.000 | (EPS008) COMPENSAR EPS | $ 781.242 | $ 97.700 | 2,436 | $ 781.242 | $ 19.100 | (NIN-CC) NINGUNA CCF | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 241.800 |

## III.TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 781.242 | $ 781.242 | $ 781.242 | $ 0 | $ 125.000 | $ 97.700 | $ 19.100 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 241.800 | $ 0 | $ 241.800 |



Lineas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 655 30 03 - Pereira: 313 93 00 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.



PAGO DE FACTURAS
SIMPLE S.A
NUM APROBACION: 293859
REFERENCIA: 8877909240
FECHA EFECTIVA: MIE 14 NOV 18
# TRANSACCION: 189077872135
VALOR: 241.800
FECHA EXPE:MIE14 NOV 18 11:11:36
318-063471[illegible]-090
779703-241698-644623-028393-70
CORRESPONSAL BANCARIO PARA
BANCO DE OCCIDENTE. LA IMPRE-
SION DE ESTE TIQUETE IMPLICA
SU ACEPTACION. VERIFIQUE LA
INFORMACION. ESTE ES EL UNICO
RECIBO OFICIAL DE PAGO REQUE-
RIMIENTOS
A SU OPERADOR O ESCRIBIR A
SERVICIOALCLIENTE@PAGOSIMPLE.COM
AGT 20123 CLR 1026582601
09168852-153204

Scanned by CamScanner

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: 01
FECHA: 2017-07-07

## 1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: PS-4533-2018 C.D.P. No.: 2423

Proceso al que pertene: PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC

Unidad a la que pertene: SALUD PUBLICA - ESPACIO PUBLICO

Nombre del Contratista: NANCY VIVIANA GONZALEZ GORDILLO

C.C. 52,886,926 de: BOGOTA

Fecha Inicio: 2018-07-04 Fecha Terminación incial: 2018-08-03

Valor Mensual: $ 1.550.000 Valor a cobrar: $ 1.550.000

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | $ 1.500.000 | 2667 | 2018-08-04 | 2018-09-04 |
| 2 | $ 6.205.000 | 2857 | 2018-09-04 | 2019-01-03 |
| 3 | | | 2019-01-04 | 2019-03-03 |
| 4 | $ 3.100.000 | 8 | | |
| 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 | $ 1.350.000 | $ 241.800 | 1013733250 |
| 2 | AGOSTO | $ 1.500.000 | $ 241.800 | 1014343919 |
| 3 | SEPTIEMBRE | $ 1.550.000 | $ 241.800 | 1014911593 |
| 4 | OCTUBRE | $ 1.550.000 | $ 241.800 | 1015600561 |
| 5 | NOVIEMBRE | $ 1.550.000 | $ 241.800 | 1016113528 |
| 6 | DICIEMBRE | $ 1.550.000 | $ 241.800 | 1016113528 |
| 7 | ENERO | $ 1.550.000 | $ 241.800 | 1016831158 |
| 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 |
|---|---|---|---|
| $ 1.500.000 | $ 12.305.000 | $ 10.600.000 | $ 1.705.000 |

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO AUXILIAR DE 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: 2019-01-31

| | OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta) | DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO 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 E.S.E. | Se realizan las acciones dispuestas para el desarrollo publico de las actividades en el marco del contrato FFD y la ESE |
| 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. | Se presenta la información y soportes solicitados, con el fin de corroborar las actividades contractuales Se apoyan las diferentes acciones inherentes en pro al mejoramiento y la calidad de los servicios. Se realizan 23 sesiones en el espacio publico estrategia Cuidate se Feliz en la localidad los martires. |
| 3 | 3. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar | Se presenta el cronograma de actividades del mes, |
| 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 habilitación y acreditación de servicios de salud. | Realizar verificacion del aplicativo y asistencias tecnicas con el espacio y SDS, |
| 5 | 5. Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal. | Realizar tamizaje a usuarios que asisten a la Estrategia Cuidate se Feliz según anexos operativos dados por los lineAmaientos de la SDS |
| 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, completa y ordenada de formatos requeridos según accion integrada 1, |

**Observaciones:**

Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL.
En caso de tener contrato nuevo se debe anexar también la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro

Firma del Contratista

C.C. 52,886,926 de BOGOTA

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS | |
|---|---|
| NOMBRE: | ADRIANA HIGUERA |
| CARGO: | LIDER ESPACIO PUBLICO |
| FIRMA | Adriana Higuera, |



# PAGO DE FACTURAS

SIMPLE S.A

NUM APROBACION: 128616
REFERENCIA: 8877909240
FECHA EFECTIVA: JUE 10 ENE 19
# TRANSACCION: 199740784935
VALOR: 242.100
FECHA EXPE: JUE10 ENE 19 13:59:25
010-03535136-051
779205-174567-444618-179393-76
CORRESPONSAL BANCARIO PARA
BANCO DE OCCIDENTE. LA IMPRE-
SION DE ESTE TIQUETE IMPLICA
SU ACEPTACION. VERIFIQUE LA
INFORMACION. ESTE ES EL UNICO
RECIBO OFICIAL DE PAGO REQUE-
RIMIENTOS
SERVICIOALCLIENTE@PAGOSIMPLE.COM

VERIFIQUE EL PIN DEL TICKET
AGT 11326 CLR 1003153218
03142057-388759

# PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

**Fecha creación reporte** 2019-01-10, 05:33:22 PM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1016831158 **Referencia pago(PIN)** 8877909240

**Periodo Cotización** 201812 **Periodo Servicio** 201812

**Cliente:**

## PAGADA 2019-01-10

### I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Razón Social** | NANCY VIVIANA GONZALEZ GORDILLO | | | | |
| **Documento** | CC 52886926 | **Dirección** | CLL 16 F BIS #102-69 | | |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3134268499 | | |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | UNICO | **Total Afiliados** | 1 |
| **Ciudad** | BOGOTA D.C. | **Departamento** | BOGOTA D.C. | | |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | | | |

### II. DATOS DEL AFILIADO

| **Documento** | CC 52886926 | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Tipo Cotizante** | 59 | 00 | Residente | | Exonerado | N | **Apellidos y Nombres** | **Código Ciudad - Departamento** | **Centro de Trabajo** | **Ubicación Laboral** |
| | | | | | | | GONZALEZ GORDILLO NANCY VIVIANA | 11001000 - 11 | | BOGOTA D.C. |

### III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

| Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Extranjero | S. Integral | Salario | Pensión | | | | | | | Salud | | | | | | Riesgos | | | | | Caja | | | | Parafiscales | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | RIP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | | | | Código AFP | Código Tras. AFP | Tarifa AFP | IBC | Total Aporte AFP | Total Aporte FSP | Total Aporte FSPS | Código EPS | Código Tras. EPS | Tarifa EPS | IBC EPS | Aporte Salud | Aporte UPC | Código ARL | Clase Riesgo | Tarifa ARL | IBC ARL | Aporte Riesgos | Código CCF | Tarifa CCF | IBC CCF | Aporte Caja | Tarifa SENA | Aporte SENA | Tarifa ICBF | Aporte ICBF |
| | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 0 | | | $ 781,242 | 25-14 | | 16 % | $ 781,242 | $ 125,000 | $ 0 | $ 0 | EPS008 | | 12.5 % | $ 781,242 | $ 97,700 | $ 0 | 14-7 | 3 | 2.436 % | $ 781,242 | $ 19,100 | NN-CC | 0 % | $ 0 | $ 0 | 0 % | $ 0 | 0 % | $ 0 |

### IV. TOTALES

| Total Aportes Pensión | Total Aportes FSP | Total Aportes FSPS | Total Aportes Salud | Total Aportes Riesgos | Total Aportes Cajas | Total Aportes SENA | Total Aportes ICBF | Total Aportes ESAP | Total Aportes MEN | Total Final |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| COLPENSIONES | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | COMPENSAR EPS | SEGUROS BOLIVAR | NINGUNA CCF | SENA | ICBF | ESAP | MEN | |
| $ 125,000 | $ 0 | $ 0 | $ 97,700 | $ 19,100 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 241,800 |



Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 -
¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!