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 4572 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 - VIGILANCIA SANITARIA

Nombre del Contratista: KAROL LUYGIANA HERNANDEZ CRISTANCHO **C.C.** 1.030.640.885 **de:** BOGOTA D.C

Fecha Inicio: 2018-07-04 **Fecha Terminación incial:** 2018-08-03 **Valor Mensual:** $ 2.800.000 **Valor a cobrar:** $ 2.520.000

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	$ 2.520.000	$ 312.200	8328781948 - 29045471
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
$ 2.800.000	$ 2.800.000	$ 2.520.000	$ 280.000

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN INGENIERIA 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:** 2018-07-04 **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 OBLIGACION)
1	Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE.	Diligenciamiento de matrices de seguimiento y cumplimiento. Remisión de incumplimientos de Ley 1335 /2009 a Alcaldía Local de Rafael Uribe Uribe y Antonio Nariño. Atención a peticiones y/o quejas, remisión de las respuestas generadas a la entidad competente.
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.	Participar en reuniones de equipo y linea con Secretaria Distrital de Salud Realizar seguimiento a incumplimientos de la ley 1335 2009 mediante el aplicativo SIVIGILA.
3	Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. Contenidas en el formato de necesidad personal que hace parte integral del presente contrato.	Se presenta cronograma de actividades correspondiente al mes de Agosto 2018.
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 del Contratista

C.C. 1.030.640.885 **de** BOGOTA D.C

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	JAVIER RICARDO PEÑUELA PÉREZ
CARGO:	REFERENTE VIGILANCIA SANITARIA
FIRMA	

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1030640885	Karol Luygiana Hernandez Cristancho	Calle 48 SUR # 86 - 51	4584085	karol.her@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA							
PERIODO COTIZACIÓN				TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	TOTAL A PAGAR
SALUD		DIFERENTE A SALUD					
MES	AÑO	MES	AÑO				
7	2018	7	2018	N	26/07/2018	29045471	$31.500

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	12.600	0		0		0	3	100	0	12.700	1

TOTALES PENSIÓN											
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	16.100	0	0	0	0	3	100	0	16.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES														
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	2.500				2.500	3	100	2.600			25	2.600	1

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

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

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	12.600	12.700
Pensión	1	16.100	16.200
Riesgos Laborales	1	2.500	2.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	31.200	31.500

PAGADA 29045471

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE

TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1030640885	Karol Luygiana Hernandez Cristancho		Calle 48 SUR # 86 - 51	4584085	karol.her@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ. D. C.	BOGOTÁ. D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA

PERIODO COTIZACIÓN				TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	TOTAL A PAGAR
SALUD		DIFERENTE A SALUD					
MES	AÑO	MES	AÑO				
7	2018	7	2018	N	26/07/2018	29045471	$31.500

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cobro exterior	Extranjero	INGRESO	RETIRO	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1030640885	HERNANDEZ CRISTANCHO KAROL LUYGIANA	59	0			N	X																230301	1.008.000	161.300	0	0	0	0	EPS008	1.008.000	126.000	14-7	1.008.000	3	24.600		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

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

Señor(a): KAROL LUYGIANA HERNANDEZ CRISTANCHO
No. Identificación: CC1030640885
Dirección: CALLE 48 SUR # 86 - 51
Telefono: 4584085
Correo: karol.her@hotmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8328781948

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	KAROL LUYGIANA HERNANDEZ CRISTANCHO
Tipo y número de identificación	CC1030640885
Número de planilla	8328781948
Fecha pago	2018-07-10
Número de autorización pago	28781948
Banco	1052

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	julio de 2018
Periodo de Cotización Pensión	julio de 2018
Número de Administradoras	3
Total Pagado	280700
Total Intereses de Mora	0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	22100	1
230301	Porvenir	145200	1
EPS008	Compensar EPS	113400	1

PAGADA
8328781948

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1030640885
APELLIDOS Y NOMBRES: KAROL LUYGIANA HERNANDEZ CRISTANCHO

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
EPS008	230301	907200	907200	907200	0	113400	0	145200	0	22100	0

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

JUL 10 2018 10:38:43 REMICT 8.00
EXITO RESTREPO
CRA 20 14-17 SUR
CORRESPONSAL
BANCO AV VILLAS
C.UNICO: 0012789053 TER: 80001409
C.BANC: 0052
ID CAJERO: 0073717389
RECIBO: 002593 RRN: 006028
RECAUDO APRO: 008956
SERVICIO: 1138
FACTURA: 00000000000000008328781948
** PAGO FACTURA **
TRANSACCION EXITOSA
RECAUDO $ 280.700

BANCO AV VILLAS es responsable por los servicios prestados por el CB. El CB no puede prestar servicios financieros por su cuenta.
Para reclamos comuniquese al:
01 8000518000
CONSERVE ESTA TIRILLA COMO SOPORTE.
FECHA PLANILLA: 2018/07
VALOR PLANILLA: $ 280.700
VALOR COMISION: $ 0
VALOR IVA: $ 0
PAGO APLICADO EN MM/DD: 07/10
*** CLIENTE ***

1 EXITO RESTREPO

177375 PILA COMPENSAR 280.700
Factura: 8328781948
**** SUBTOTAL/TOTAL >>>> $ 280.700
EFECTIVO 300.000
FACTURAS APROBADAS
Fac 8328781948 Apro:008956 BANCO 005
CAMBIO 19.300
DISCRIMINACION TARIFAS IVA
TARIFA COMPRA BASE/IMP IVA
=00% 280700 280700 0
TOTAL= 280700 280700 0

TIQUETE :0291 0060078745
RES DIAN# 110000693365 DEL 09/SEP/2016
RANG.AUT.0291 0060057321 al 0069999999
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 7455444

10/JUL/2018 10:39 0291 06 0043 7389

291-FW43S

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 4572 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 - VIGILANCIA SANITARIA

Nombre del Contratista: KAROL LUYDIANA HERNANDEZ CRISTANCHO **C.C.** 1.030.640.885 **de:** BOGOTA D.C

Fecha Inicio: 2018-07-04 **Fecha Terminación inicial:** 2018-08-03 **Valor Mensual:** $ 2.800.000 **Valor a cobrar:** $ 2.800.000

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 2.800.000	760	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	NUMERO DE PLANILLA
1	JULIO	$ 2.520.000	$ 312.200	8328781948 - 29045471
2	AGOSTO	$ 2.800.000	$ 346.500	8329452255
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
$ 2.800.000	$ 5.600.000	$ 5.320.000	$ 280.000

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN INGENIERIA 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:** 2018-08-01 **Hasta:** 2018-08-30

	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.	Diligenciamiento de matrices de seguimiento y cumplimiento. Remisión de incumplimientos de Ley 1335 /2009 a Alcaldía Local de Rafael Uribe Uribe y Antonio Nariño. Atención a peticiones y/o quejas, remisión de las respuestas generadas a la entidad competente.
2	Apoyar la prestación de servicios en el PIC, presentando la información y/o soporten 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.	Participar en reuniones de equipo y línea con Secretaría Distrital de Salud . Realizar seguimiento a incumplimientos de la ley 1335 2009 mediante el aplicativo SIVIGILA.
3	Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. Contenidas en el formato de necesidad personal que hace parte integral del presente contrato.	Se presenta cronograma de actividades correspondiente al mes de Septiembre 2018.
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

Observaciones:
ARL Seguros Bolívar

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

Firma del Contratista

C.C. 1.030.640.885 **de:** BOGOTA D.C

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	JAVIER RICARDO PEÑUELA PÉREZ
CARGO:	REFERENTE VIGILANCIA SANITARIA
FIRMA	

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

Señor(a): KAROL LUYGIANA HERNANDEZ CRISTANCHO
No. Identificación: CC1030640885
Dirección: CALLE 48 SUR # 86 - 51
Telefono: 4584085
Correo: karol.her@hotmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8329452255

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	KAROL LUYGIANA HERNANDEZ CRISTANCHO
Tipo y número de identificación	CC1030640885
Número de planilla	8329452255
Fecha pago	2018-08-10
Número de autorización pago	4957863
Banco	1023

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
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	27300	1
230301	Porvenir	179200	1
EPS008	Compensar EPS	140000	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1030640885
APELLIDOS Y NOMBRES: KAROL LUYGIANA HERNANDEZ CRISTANCHO

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
EPS008	230301	1120000	1120000	1120000	0	140000	0	179200	0	27300	0

PAGADA
8329452255

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

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
VERSION: 01
FECHA: 2017-07-07

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 4572 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 - VIGILANCIA SANITARIA
Nombre del Contratista:	KAROL LUYGIANA HERNANDEZ CRISTANCHO			**C.C.**	1.030.640.885 **de:** BOGOTA D.C
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				
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	NUMERO DE PLANILLA
1	JULIO	$ 2.320.000	$ 312.200	8328781948 - 29043471
2	AGOSTO	$ 2.800.000	$ 346.500	8329452265
3	SEPTIEMBRE	$ 3.000.000	$ 371.300	8330054358
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	$ 17.620.000	$ 8.320.000	$ 9.300.000

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN INGENIERIA 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:** 2018-09-01 **Hasta:** 2018-09-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las extraídas 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 ejecutan los siguientes actividades - Diligenciamiento de matrices de seguimiento y cumplimiento de la linea de las localidades Rafael Uribe Uribe en la plataforma Google Drive - Remision de incumplimientos de Ley 1335 de 2009 a Alcaldia Local del mes de Agosto. - Remision de respuestas a peticiosn y/o quejas atendidas.
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.	- Participacion de reuniones de equipo y linea de la con Secretaria de Salud - Revision de base SIVIGILA de incumplimietos a ley 1335
3	3. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.	- Se realiza el cronograma de actividades del mes de Octubre de 2018 el cual es remitido a la coordinacion via correo electronico - Se realiza entrega de formato de registro diario de actividades.
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 estandares de habilitacion y acreditacion de servicios de salud.	Realizacion de informes de acuerdo a las actividades ejecutadas
5	5. Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal.	Ejecucion de actividades Metodologia participativa comunitaria en rondo localidad Rafael Uribe Uribe, Antonio Nariño y San Cristobal
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 espacio de vida o componente tranversal.	Realizar operativos de espacios 100% libres de humo de acuerdo a lo establecido en la ley 1335/09 y resolucion 1956/08
7		
8		
9		
10		

Observaciones:
ARL Seguros Bolivar

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

Firma del Contratista

C.C. 1.030.640.885 **de** BOGOTA D.C

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	JAVIER RICARDO PEÑUELA PEREZ
CARGO:	REFERENTE VIGILANCIA SANITARIA
FIRMA	

Señor(a): KAROL LUYGIANA HERNANDEZ CRISTANCHO
No. Identificación: CC 1030640885
Dirección: CALLE 48 SUR # 86 - 51
Teléfono: 4584085 **Fax:**
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla 8330054358

CITE ESTE NUMERO PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Respetado señor(a)

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

compensar | miplanilla.com

Nombre	Karol Luygiana Hernandez Cristanc
Tipo y Numero de Identificación	CC 1030640885
Número Planilla	8330054358
Fecha de Pago	9/14/2018
Numero de Autorización de Pago	710673859
Banco	1019
Valor Comisión	$0

Número de Empleados	1
Periodo Cotización Salud	Septiembre 2018
Periodo Cotización Pensión	Septiembre 2018
Periodo Cotizacion Caja	Septiembre 2018
Numero de Administradoras	3
Total Pagado	$371.300
Total Interes Mora	$0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NUMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	$29.300	1
230301	Porvenir	$192.000	1
EPS008	Compensar EPS	$150.000	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1030640885
APELLIDOS Y NOMBRES HERNANDEZ CRISTANCHO KAROL LUYGIANA

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACIÓN SALUD	COTIZACIÓN PENSIÓN	COTIZACIÓN RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD
EPS008	230301	0	1.200.000	1.200.000	1.200.000	0	150.000	192.000	29.300	0

TIPO DOC.:
NO. DOCUMENTO:
APELLIDOS Y NOMBRES

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACIÓN SALUD	COTIZACIÓN PENSIÓN	COTIZACIÓN RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD

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

CENCOSUD COLOMBIA S.A. NIT 900.155.16 1
GRAN CONTRIBUYENTE SEGUN RESOLUCION
DIAN No. 000076 DE DICIEMBRE 01 DE 2016
AUTORRETENEDOR DE IMPUESTO SOBRE LA RENTA
RESOLUCION DIAN No. 12680 NOV 23 DE 2009
REGIMEN COMUN RETENEDOR DE IVA A REGIMEN
COMUN Y SIMPLIFICADO
METRO CENTALITO
CR 86 B No. 4 B - 54 SUR
MI PLANILLA 833005435

	$
MI PLANILLA	371300
SUBTOTAL	371300
SUBTOTAL	371300
EFECTIVO	400000
CAMBIO	28700

ICBP = IMPUESTO AL CONSUMO BOLSAS
PLASTICAS (LEY1819/16)
I=8% IMPUESTO AL CONSUMO POR SERVICIO
EXPENDIO DE COMIDAS Y BEBIDAS(LEY 1607/12)
CAMBIOS Y/O DEVOLUCIONES 8 DIAS CALENDAR
CONSULTAR CONDICIONES Y RESTRI. MODULO
SERV. AL CLIENTE. GRACIAS POR SU VISITA
Arco M5525N
ARCILLA DIANA
ST#71 RG#5 CG#AD TR#59391
10:20 AM 14/09/2018
TRANSACCION SUJETA A VERIFICAC
LINEA NACIONAL DE RECLAMOS No
01800052 42
BOGOTA:7561616
CALI:4891616
MEDELLIN.6041616

4572

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 4572 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 - VIGILANCIA SANITARIA

Nombre del Contratista: KAROL LUYGIANA HERNANDEZ CRISTANCHO **C.C.** 1.030.640.885 **de:** BOGOTA D.C

Fecha Inicio: 2018-07-04 **Fecha Terminación incial:** 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				
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	$ 2.520.000	$ 312.200	8328781948 - 29045471
2	AGOSTO	$ 2.800.000	$ 346.500	8329452263
3	SEPTIEMBRE	$ 3.000.000	$ 371.300	8330054358
4	OCTUBRE	$ 3.000.000	$ 371.000	8330054358 - Planilla Septiembre
5				
6				p
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	$ 17.620.000	$ 11.320.000	$ 6.300.000

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN INGENIERIA 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:** 2018-10-01 **Hasta:** 2018-10-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCION 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 ejecutan los siguientes actividades: - Diligenciamiento de matrices de seguimiento y cumplimiento de la linea de las localidades Rafael Uribe Uribe en la plataforma Google Drive - Remision de incumplimientos de Ley 1335 de 2009 a Alcaldia Local del mes de Agosto. - Remision de respuestas a peticion y/o quejas atendidas.
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.	- Participacion de reuniones de equipo y linea de la con Secretaria de Salud - Revision de base SIVIGILA de incumplimietos a ley 1335.
3	3. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.	- Se realiza el cronograma de actividades del mes de Octubre de 2018 el cual es remitido a la coordinacion via correo electronico - Se realiza entrega de formato de registro diario de actividades.
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 estandares de habilitacion y acreditacion de servicios de salud.	Realizacion de informes de acuerdo a las actividades ejecutadas
5	5. Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal.	Ejecucion de actividades Metodologia participativa comunitaria en ruido localidad Rafael Uribe Uribe, Antonio Nariño y San Cristobal
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 espacio de vida o componente tranversal.	Realizar operativos de espacios 100% libres de humo de acuerdo a lo establecido en la ley 1335/09 y resolucion 1956/08
7		
8		
9		
10		

Observaciones:
ARL Seguros Bolivar

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

Firma del Contratista

C.C. 1.030.640.885 **de** BOGOTA D.C

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	JAVIER RICARDO PEÑUELA PÉREZ
CARGO:	REFERENTE VIGILANCIA SANITARIA
FIRMA	

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

Señor(a): KAROL LUYGIANA HERNANDEZ CRISTANCHO
No. Identificación: CC1030640885
Dirección: CALLE 48 SUR # 86 - 51
Telefono: 4584085
Correo: karol.her@hotmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8330054358

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	KAROL LUYGIANA HERNANDEZ CRISTANCHO
Tipo y número de identificación	CC1030640885
Número de planilla	8330054358
Fecha pago	2018-09-14
Número de autorización pago	710673859
Banco	1019

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	septiembre de 2018
Periodo de Cotización Pensión	septiembre de 2018
Número de Administradoras	3
Total Pagado	371300
Total Intereses de Mora	0

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	29300	1
230301	Porvenir	192000	1
EPS008	Compensar EPS	150000	1

8330054358

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1030640885
APELLIDOS Y NOMBRES: KAROL LUYGIANA HERNANDEZ CRISTANCHO

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
EPS008	230301	1200000	1200000	1200000	0	150000	0	192000	0	29300	0

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

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

4572

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

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 4572 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 - VIGILANCIA SANITARIA

Nombre del Contratista:	KAROL LUYGIANA HERNANDEZ CRISTANCHO	**C.C.**	1.030.640.885	**de:**	BOGOTA D.C
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				
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	$ 2.520.000	$ 312.200	8328781948 - 29045471
2	AGOSTO	$ 2.800.000	$ 346.500	8329452265
3	SEPTIEMBRE	$ 3.000.000	$ 371.300	8330054358
4	OCTUBRE	$ 3.000.000	$ 371.300	8330054358 - Septiembre
5	NOVIEMBRE	$ 3.000.000	$ 371.300	8331086080 - Planilla Octubre
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	$ 17.620.000	$ 14.320.000	$ 3.300.000

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN INGENIERIA 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:** 2018-11-01 **Hasta:** 2018-11-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las impuestas 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 ejecutan los siguientes actividades: - Diligenciamiento de matrices de seguimiento y cumplimento de la linea de las localidades Rafael Uribe Uribe en la plataforma Google Drive - Remision de respuestas a peticion y/o quejas atendidas
2	2. Apoyar la prestacion 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.	- Participacion de reuniones de equipo y linea de la con Secretaria de Salud - Revision de base SIVIGILA de incumplimientos a ley 1335
3	3. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.	- Se realiza el cronograma de actividades del mes de Noviembre de 2018 el cual es remitido a la coordinacion via correo electronico - Se realiza entrega de formato de registro diario de actividades
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 estandares de habilitacion y acreditacion de servicios de salud.	Realizacion de informes de acuerdo a las actividades ejecutadas - Elaboración Boletin epidemiologico y Ambiental Antonio Nariño, Rafael Uribe Uribe y Santa Fe
5	5. Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal.	Ejecucion Jornada dia internacional contra la contaminacion electromagnetica Localidad Antonio Nariño
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 espacio de vida o componente tranversal.	- Realizar remision de incumplimientos de Ley 1335 de 2009 del mes de Octubre a Alcaldia Local de Santa Fe, Rafael Uribe Uribe y Antonio Nariño
7		
8		
9		
10		

Observaciones:
ARL Seguros Bolivar

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

Firma del Contratista

C.C. 1.030.640.885 **de** BOGOTA D.C

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	JAVIER RICARDO PEÑUELA PEREZ
CARGO:	REFERENTE VIGILANCIA SANITARIA
FIRMA	

Señor(a): KAROL LUYGIANA HERNANDEZ CRISTANCHO
No. Identificación: CC 1030640885
Dirección: CALLE 48 SUR # 86 - 51
Teléfono: 4584085 **Fax:**
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla 8331086080

CITE ESTE NUMERO PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Respetado señor(a)

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

compensar | miplanilla.com

Nombre	Karol Luygiana Hernandez Cristanc
Tipo y Número de Identificación	CC 1030640885
Número Planilla	8331086080
Fecha de Pago	11/14/2018
Numero de Autorización de Pago	1000000885
Banco	1001
Valor Comisión	$0

Número de Empleados	1
Periodo Cotización Salud	Octubre 2018
Periodo Cotización Pensión	Octubre 2018
Periodo Cotización Caja	Octubre 2018
Número de Administradoras	3
Total Pagado	$371.300
Total Interes Mora	$0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	$29.300	1
230301	Porvenir	$192.000	1
EPS008	Compensar EPS	$150.000	1

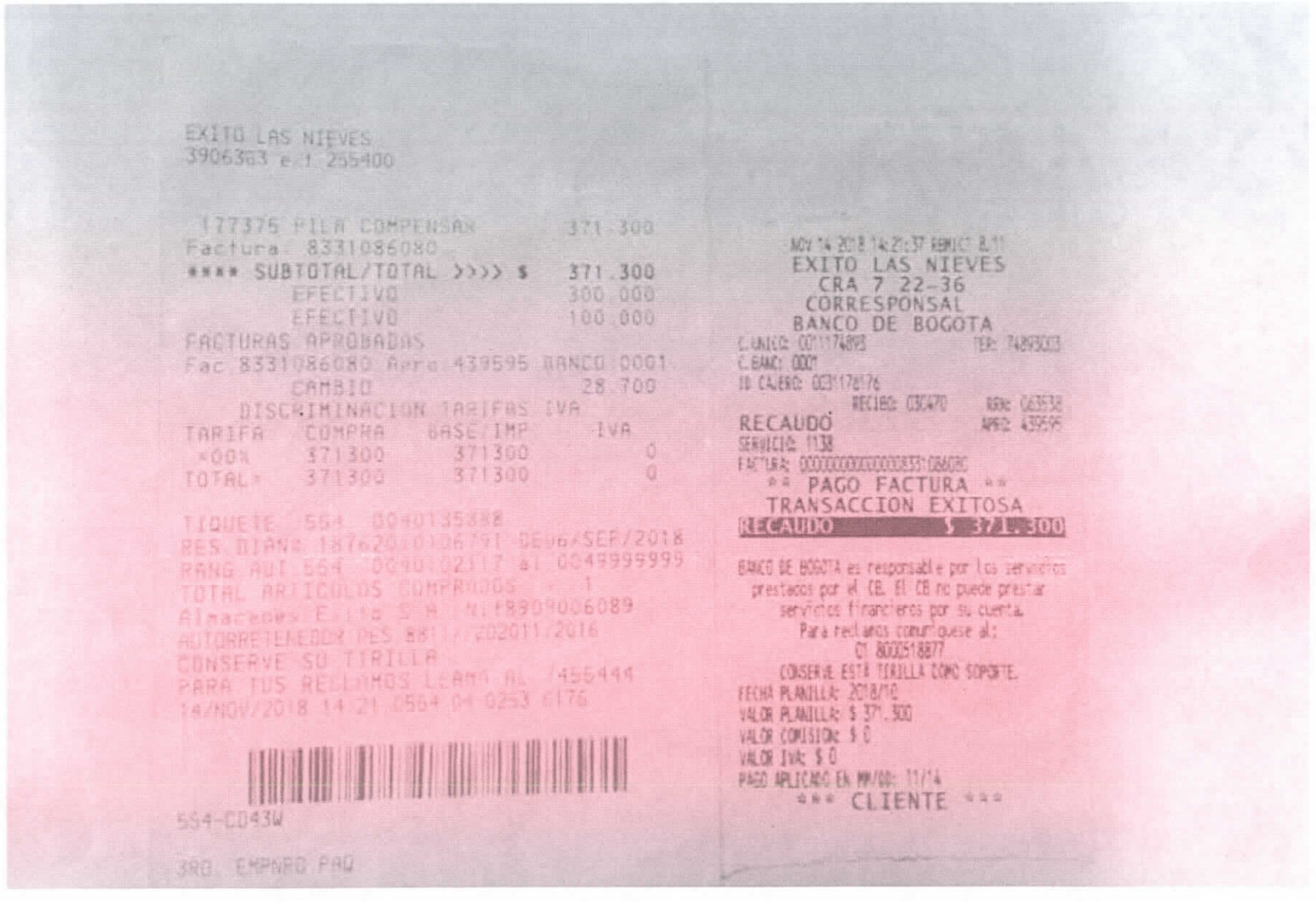
TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1030640885
APELLIDOS Y NOMBRES HERNANDEZ CRISTANCHO KAROL LUYGIANA

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACIÓN SALUD	COTIZACIÓN PENSIÓN	COTIZACIÓN RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD
EPS008	230301	0	1.200.000	1.200.000	1.200.000	0	150.000	192.000	29.300	0

TIPO DOC.:
NO. DOCUMENTO:
APELLIDOS Y NOMBRES

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACIÓN SALUD	COTIZACIÓN PENSIÓN	COTIZACIÓN RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD

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



EXITO LAS NIEVES
3906363 ext 255400

177375 PILA COMPENSAR 371.300
Factura 8331086080
**** SUBTOTAL/TOTAL >>>> $ 371.300
EFECTIVO 300.000
EFECTIVO 100.000
FACTURAS APROBADAS
Fac 8331086080 Apro 439595 BANCO 0001
CAMBIO 28.700
DISCRIMINACION TARIFAS IVA

TARIFA	COMPRA	BASE/IMP	IVA
*00%	371300	371300	0
TOTAL*	371300	371300	0

TIQUETE 554 0040135888
RES DIAN# 18762010106791 DE06/SEP/2018
RANG AUT 554 0040102117 al 0049999999
TOTAL ARTICULOS COMPRADOS 1
Almacenes Exito S.A. Nit8909006089
AUTORRETENEDOR RES 8811/202011/2016
CONSERVE SU TIRILLA
PARA TUS RECLAMOS LLAMA AL 7455444
14/NOV/2018 14:21 0554 04 0253 6176

554-CD43W

3RO. EMPNRO PAQ

NOV 14 2018 14:21:37 REMIC 8.11
EXITO LAS NIEVES
CRA 7 22-36
CORRESPONSAL
BANCO DE BOGOTA
C.UNICO: 0011174893 TER: 74893003
C.BANC: 0001
ID CAJERO: 0031178176
RECIBO: 030470 RRN: 063538
RECAUDO APRO: 439595
SERVICIO: 1138
FACTURA: 0000000000000000833108608C
** PAGO FACTURA **
TRANSACCION EXITOSA
RECAUDO $ 371.300

BANCO DE BOGOTA es responsable por los servicios prestados por el CB. El CB no puede prestar servicios financieros por su cuenta.
Para reclamos comuníquese al:
01 8000518877
CONSERVE ESTA TIRILLA COMO SOPORTE.
FECHA PLANILLA: 2018/10
VALOR PLANILLA: $ 371.300
VALOR COMISION: $ 0
VALOR IVA: $ 0
PAGO APLICADO EN MM/DD: 11/14
*** CLIENTE ***

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 4572 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 - VIGILANCIA SANITARIA

Nombre del Contratista: KAROL LUYGIANA HERNANDEZ CRISTANCHO **C.C.** 1.030.640.885 **de:** BOGOTA D.C

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				
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	$ 2.520.000	$ 312.200	8328781948 - 29045471
2	AGOSTO	$ 2.800.000	$ 346.500	8329452263
3	SEPTIEMBRE	$ 3.000.000	$ 371.300	8330054358
4	OCTUBRE	$ 3.000.000	$ 371.300	8330054358 - Septiembre
5	NOVIEMBRE	$ 3.000.000	$ 371.300	8331086080 - Planilla Octubre
6	DICIEMBRE	$ 3.000.000	$ 371.300	8331732589 - Planilla Noviembre
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	$ 17.620.000	$ 17.320.000	$ 300.000

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN INGENIERIA 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 ESPECIFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO (ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACION)
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 ejecutan los siguientes actividades: - Diligenciamiento de matrices de seguimiento y cumplimiento de la linea de las localidades Rafael Uribe Uribe en la plataforma Google Drive - Remision de incumplimientos de Ley 1335 de 2009 a Alcaldia Local del mes de Noviembre. - Remision de respuestas a peticion y/o quejas atendidas.
2	2. Apoyar la prestacion 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	- Participacion de reuniones de equipo y linea de la con Secretaria de Salud. - Revision de base SIVIGILA de incumplimientos a ley 1335.
3	3. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.	- Se realiza el cronograma de actividades ajustado al mes en curso y actualizado el cual es remitido a la coordinacion via correo electronico - Se realiza entrega de formato de registro diario de actividades.
4	4. Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aspectos definidos dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estandares de habilitacion y acreditacion de servicios de salud.	Realizacion de informes de acuerdo a las actividades ejecutadas - Elaboración informes de cierres de unidad continela Subred Centro Oriente 2018
5	5. Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal	Seleccion de unidades Continela de aire localidad Rafael Uribe UribeRealizar operativos de espacios 100% libres de humo de acuerdo a lo establecido en la ley 1335A99 y resolucion 1956/08
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 espacio de vida o componente transversal	Diligenciamiento actas de reunion, Formatos de caracterización de la linea y Diligenciamiento de matrices en google drive.
7		
8		
9		
10		

Observaciones:
ARL Seguros Bolivar

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

Firma del Contratista
C.C. 1.030.640.885 de BOGOTA D.C

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	JAVIER RICARDO PEÑUELA PEREZ
CARGO:	REFERENTE VIGILANCIA SANITARIA
FIRMA	

PAGO DE FACTURAS

PILA BP

NUM APROBACION:51816024
NUM REFERENCIA:00000008331732589
NUM IDENTIFICACION:1030640885
PERIODO: 2018-11
FECHA EFECTIVA:2018-12-12
VALOR: 371.300
MIE12 DIC 18 13:34:28
346-01652716-015
779954-864841-644625-550260-41
CONSERVE ESTE TIQUETE. ES EL UNICO RECIBO OFICIAL DE PAGO.EN CASO DE RECLAMO LLAMAR A:
A SU OPERADOR.
AGT 16982 CLR 1023865295
05166071-498759

Señor(a): KAROL LUYGIANA HERNANDEZ CRISTANCHO
No. Identificación: CC 1030640885
Dirección: CALLE 48 SUR # 86 - 51
Teléfono: 4584085 **Fax:**
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla 8331732589

CITE ESTE NUMERO PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Respetado señor(a)

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

compensar | miplanilla.com

Nombre	Karol Luvoiana Hernandez Cristanc
Tipo y Número de Identificación	CC 1030640885
Número Planilla	8331732589
Fecha de Pago	12/12/2018
Número de Autorización de Pago	51816024
Banco	1023
Valor Comisión	$0

Número de Empleados	1
Periodo Cotización Salud	Noviembre 2018
Periodo Cotización Pensión	Noviembre 2018
Periodo Cotización Caja	Noviembre 2018
Número de Administradoras	3
Total Pagado	$371.300
Total Interés Mora	$0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	$29.300	1
230301	Porvenir	$192.000	1
EPS008	Compensar EPS	$150.000	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1030640885
APELLIDOS Y NOMBRES HERNANDEZ CRISTANCHO KAROL LUYGIANA

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACION SALUD	COTIZACION PENSION	COTIZACION RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD
EPS008	230301	0	1,200,000	1,200,000	1,200,000	0	150.000	192.000	29.300	0

TIPO DOC.:
NO. DOCUMENTO:
APELLIDOS Y NOMBRES

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACION SALUD	COTIZACION PENSION	COTIZACION RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD

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

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: S 4572 20 **C.D.P. No.:** 2423

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

Unidad a la que pertenece: SALUD PUBLICA - VIGILANCIA SANITARIA

Nombre del Contratista: KAROL LUYGIANA HERNANDEZ CRISTANCHO **C.C.** 1.030.640.885 **de:** BOGOTA D.C

Fecha Inicio: 2018-07-04 **Fecha Terminación incial:** 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			2018-01-04	2018-03-03
4	$ 6.000.000	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	$ 2.520.000	$ 312.200	8328781948 - 29045471
2	AGOSTO	$ 2.800.000	$ 346.500	8329452265
3	SEPTIEMBRE	$ 3.000.000	$ 371.300	8330054358
4	OCTUBRE	$ 3.000.000	$ 371.300	8330054358 - Septiembre
5	NOVIEMBRE	$ 3.000.000	$ 371.300	8331086080 - Planilla Octubre
6	DICIEMBRE	$ 3.000.000	$ 371.300	8331732589 - Planilla Noviembre
7	ENERO	$ 3.000.000	$ 371.000	8332316878 - Planilla Diciembre
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	$ 23.620.000	$ 20.320.000	$ 3.300.000

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN INGENIERIA 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 period **Desde:** 2019-01-01 **Hasta:** 2019-01-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCION 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 ejecutan los siguientes actividades: - Diligenciamiento de matrices de seguimiento y cumplimiento de la linea de las localidades Rafael Uribe Uribe en la plataforma Google Drive - Remision de incumplimientos de Ley 1335 de 2009 a Alcaldia Local del mes de Diciembre. - Remision de respuestas a peticion y/o quejas atendidas.
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.	- Participacion de reuniones de equipo y linea de la con Secretaria de Salud . - Revision de base SIVIGILA de incumplimietos a ley 1335.
3	3. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.	- Se realiza el cronograma de actividades ajustado al mes en curso y actualizado el cual es remitido a la coordinacion via correo electronico - Se realiza entrega de formato de registro diario de actividades.
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 estandares de habilitacion y acreditacion de servicios de salud.	Realizacion de informes de acuerdo a las actividades ejecutadas - Elaboración informes de cierres de unidad centinela Subred Centro Oriente 2018
5	5. Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal.	Selección de unidades Centinela de aire localidad Rafael Uribe UribeRealizar operativos de espacios 100% libres de humo de acuerdo a lo establecido en la ley 1335/09 y resolucion 1956/08
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 espacio de vida o	Diligenciamiento actas de reunión, Formatos de caracterización de la linea y Diligenciamiento de matrices en google drive.
7		
8		
9		
10		

Observaciones:
ARL Seguros Bolivar

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

Firma del Contratista

C.C. 1.030.640.885 de BOGOTA D.C

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	JAVIER RICARDO PEÑUELA PÉREZ
CARGO:	REFERENTE VIGILANCIA SANITARIA
FIRMA	

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

Señor(a): KAROL LUYGIANA HERNANDEZ CRISTANCHO
No. Identificación: CC1030640885
Dirección: CALLE 48 SUR # 86 - 51
Telefono: 4584085
Correo: karol.her@hotmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8332316878

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	KAROL LUYGIANA HERNANDEZ CRISTANCHO
Tipo y número de identificación	CC1030640885
Número de planilla	8332316878
Fecha pago	2019-01-16
Número de autorización pago	1000000482
Banco	1001

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	diciembre de 2018
Periodo de Cotización Pensión	diciembre de 2018
Número de Administradoras	3
Total Pagado	371300
Total Intereses de Mora	0

PAGADA
8332316878

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	29300	1
230301	Porvenir	192000	1
EPS008	Compensar EPS	150000	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1030640885
APELLIDOS Y NOMBRES: KAROL LUYGIANA HERNANDEZ CRISTANCHO

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
EPS008	230301	1200000	1200000	1200000	0	150000	0	192000	0	29300	0

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

CORRESPONSAL
BANCO DE BOGOTA
C.UNICO: 0011067626 TER: 00102053
C.BANC: 0001
ID CAJERO: 0039286788
RECIBO: 012094 RRN: 024382
APRO: 866444
RECAUDO
SERVICIO: 1138
FACTURA: 00000000000000008332316878
*** PAGO FACTURA ***
TRANSACCION EXITOSA
RECAUDO $ 371.300

BANCO DE BOGOTA es responsable por los servicios prestados por el CB. El CB no puede prestar servicios financieros por su cuenta.
Para reclamos comuniquese al:
01 8000518877
CONSERVE ESTA TIRILLA COMO SOPORTE.
FECHA PLANILLA: 2018/12
VALOR PLANILLA: $ 371.300
VALOR COMISION: $ 0
VALOR IVA: $ 0
PAGO APLICADO EN MM/DD: 01/16
*** CLIENTE ***

Scanned with CamScanner