

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: PS 4577 2018 C.D.P. No.: 2423 Proceso al que pertenece: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
Unidad a la que pertenece: SUBRED CENTRO ORIENTE

Nombre del Contratista: Paula Viviana Puerto Cortes C.C. 1.026.292.067 de Bogotá

Fecha Inicio: 2018-07-04 Fecha Terminación inicial: 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				

N° CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	Julio	\$ 2.520.000	\$ 310.800	28874048
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: 2018-07-31

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PROYECTOS DESARROLLADOS EN EL PERÍODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1. Prestar sus servicios para el desarrollo de actividades en el marco del contrato suscrito FFD y la ESE.	Realizar cumplimiento de meta con calidad, según los puntos críticos asignados.
2. Apoyar la prestación de servicios en el PIC, presentando la información y/o aportes que soliciten y 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.	Realizar las metas programadas por el Taker a partir de la fecha de inicio de contrato.
3. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.	Se presenta cronograma correspondiente a las actividades del mes de agosto 2018.
4.	
5.	
6.	

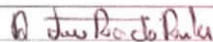
OBSERVACIONES.

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. 1.026.292.067 de Bogotá

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS

NOMBRE:	JAVIER PEÑUELA
CARGO:	LIDER PROCESO DE VIGILANCIA SANITARIA
FIRMA	

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1026292067	PAULA VIVIANA PUERTO CORTES	CALLE 59 SUR N. 62A-24 TORRE 1 APTO 201	7581744	paula1706@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	1 - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D. C.	

DATOS DE LA PLANILLA							
PERIODO COTIZACIÓN				TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	TOTAL A PAGAR
SALUD	DIFERENTE A SALUD						
MES	AÑO	MES	AÑO				
7	2018	7	2018	1		26674048	\$310.800

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	125.600	0		0		0	0	0	0	125.600	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	160.700	0	0	0	0	0	0		160.700	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	24.500				24.500	0	0	24.500			245	24.500	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	125.600	125.600
Pensión	1	160.700	160.700
Riesgos Laborales	1	24.500	24.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	310.800	310.800

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

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1026292067	PAULA VIVIANA PUERTO CORTES	CALLE 59 SUR N. 62A-24 TORRE 1 APTO 201	7561744	paula1708@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	1 - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D. C.	

DATOS DE LA PLANILLA							
PERIODO COTIZACIÓN				TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	TOTAL A PAGAR
SALUD		DIFERENTE A SALUD					
MES	AÑO	MES	AÑO				
7	2018	7	2018	I		26674046	\$310.800

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN					SALUD		RIESGOS LABORALES		CCF		PARAFISCALES															
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Sexo	Edad	Estado Civil	Religión	Profesión	Ocupación	Grado de Instrucción	Grado de Instrucción	Grado de Instrucción	Grado de Instrucción	Grado de Instrucción	Grado de Instrucción	Grado de Instrucción	Grado de Instrucción	Grado de Instrucción	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario e Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo personal de jubilación	Fondo personal de jubilación	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBSF	Aporte ESAP	Aporte BEN	
1	CC	1026292067	PUERTO CORTES PAULA VIVIANA	SO	0	N													290301	1.004.347	180.700	0	0	0	0	EP5008	1.004.347	125.000	14.23	1.004.347	3	24.500	0	0	0	0	0	0	0	0

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

Lunes 16 de Julio de 2018, 09:18 AM

Código único CUS: 353160636

MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Número de Aprobación

00160636

Fecha

16/07/2018

Dirección IP

181.234.42.218

Valor transacción

\$310.800,00

Referencia 1

181.234.42.218

Referencia 2

CC



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

I. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 4577 2018	C.D.P. No.:	2423	Proceso al que pertenece:	PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC		
				Unidad a la que pertenece:	SUBRED CENTRO ORIENTE		
Nombre del Contratista:	Paula Viviana Puerto Cortes			C.C.:	1.026.292.067	de:	Bogotá
Fecha Inicio:	2018-07-04	Fecha Terminación inicial:	2018-08-03	Valor Mensual:	\$ 2.800.000	Valor a cobrar:	\$ 2.240.000

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	\$ 2.800.000	2667	2018-08-04	2018-09-03
2				
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	\$ 310.800	28874048
2	AGOSTO	\$ 2.240.000	\$ 346.500	29237416-29505198
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	\$ 4.760.000	\$ 840.000

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: 2018-08-31

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 actividades en el marco del contrato suscrito FFD y la ESE	Realizar cumplimiento de meta con calidad, según los puntos críticos asignados
2 Apoyar la prestación de servicios en el PIC, presentando la información y/o aportes que soliciten y 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.	Realizar las metas programadas por el Líder a partir de la fecha de inicio de contrato
3 Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.	Se presenta cronograma correspondiente a las actividades del mes de SEPTIEMBRE 2018.
4	
5	
6	

OBSERVACIONES.

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

C.C. 1.026.292.067 de Bogotá

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS

NOMBRE:	JAVIER PEÑUELA
CARGO:	LIDER PROCESO DE VIGILANCIA SANITARIA
FIRMA	

DATOS GENERALES										DATOS PERSONALES										DATOS LABORALES									
TIPO		NOMBRE O RAZÓN SOCIAL		TIPO PRESENTACIÓN		SUCURSAL / DEPENDENCIA		CÓDIGO		SALUD		PENSIONES, RESGATOS LAB.		NÚMERO		TIPO EMPRESA		CLASE DE PORTANTE		CÓDIGO ARL		CÓDIGO OPERACIÓN							
CC	00282905	PAULA VIVIANA RUÍZ CORTÉS		U	C	S	D			MES	AÑO	MES	AÑO					GRANJE	INDEPENDIENTE	14-23		83							
										8	2018	8	2018		29237416														

[illegible][illegible][illegible]

TOTAL APORTES DEL PERIODO Y RIESGOS LABORALES					
COD ARL	NIT ARL	COTIZ. OBLIGAT.	INCAPACIDADES NO AUTORIZ.	VALOR	APORTES OTROS RIESGO
4473	860011154-6	24.500		0	0
DÍAS INTERÉS MORA MORA	SUBTOTAL INTERÉS MORA COTIZ.	APORTE SALDO A FAVOR	FONDO SOLIDARIDAD	TOTAL A PAGAR	VALOR NETO COTIZACION
		-945	-945	34.500	24.500

TOTAL APORTES DEL PERÍODO A MIN. EDUCACIÓN				TOTAL APORTES DEL PERÍODO A ESAP			
VALOR	DÍAS MORIA	INT MORIA FONDO	TOTAL A PAGAR	VALOR	DÍAS MORIA	INT MORIA FONDO	TOTAL A PAGAR

TOTAL A PAGAR POR TIPO ADMINISTRADORA	ANTEDE DE LUJAN BY BODA	VALOR TOTAL
PENSIONES	180.700	180.700
SALUD	125.600	125.600
RIESGOS LABORALES	24.500	24.500
CCF	0	0
SENA	0	0
ICBF	0	0
ESAP	0	0
MINISTERIO DE EDUCACION	0	0
TOTAL	310.800	310.800

Resultado de su transacción

Destino de pago
COMPENSAR-OI

Motivo
MiPlanilla.com Pago Proteccion
Social

Número de Aprobación
00265875

Fecha
13/08/2018

Dirección IP
190.145.241.147

Valor transacción
\$310.800,00

Referencia 1
190.145.241
.147

Referencia 2
CC

Referencia 3
1026292067

DATOS DEL APORTANTE						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	
CC	1026292087	PAULA VIVIANA PUERTO CORTES	CALLE 59 SUR N. 52A- 24 TORRE 1 APTO 201	7581744	paula1796@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
UNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D. C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA							
PERÍODO COTIZACIÓN				TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	TOTAL A PAGAR
SALUD		DIFFERENTE A SALUD					
MES	AÑO	MES	AÑO				
8	2018	8	2018	N		29605 198	\$35.700
					201/08/14	306081217	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD			
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria
EPS008	Compensa EPS	8600669427	14.400

UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
	No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
0		0		0	0	0	0	14,400	1

TOTALES PENSIÓN

[illegible]

TOTALES RIESGOS LABORALES

TOTALES RIESGOS LABORALES														
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor									
14.23	Positiva Seguros	860011153-6	2.800				2.800	0	0	2.800		28	2.800	1

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

TOTALES PARAFISCALES				
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				

TOTALS POR SUBSISTEMA

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IPR y Mora	Total a Pagar
Salud	1	14,400	14,400
Pensión	1	18,500	18,500
Riesgos Laborales	1	2,800	2,800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SEVA	0	0	0
TOTALES	3	35,700	35,700

Pago PSE

Resultado de su transacción

Destino de pago
COMPENSAR-01

Motivo
MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Numero de Aprobación
00611217

Fecha
14/08/2018

Dirección IP
190.146.170.137

Valor transacción
\$35.700,00

Referencia 1
190.146.170.137

Referencia 2
CC

Referencia 3
1026292067

Esta transacción estará sujeta a verificación

Terminar

Guardar PDF

I. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: 4577 2018 C.D.P. No.: 2423 Proceso al que pertenece: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
Unidad a la que pertenece: SUBRED CENTRO ORIENTE - SALUD PUBLICA - VIGILANCIA DE LA SALUD AMBIENTAL
Nombre del Contratista: PAULA VIVIANA PUERTO CORTES C.C. 1.026.292.067 de BOGOTA
Fecha Inicio: 2018-07-04 Fecha Terminación inicial: 2018-08-03 Valor Mensual: \$ 3.000.000 Valor a cobrar: \$ 3.000.000

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	\$ 2.800.000	2667	2018-08-04	2018-09-03
2	\$ 12.020.000	2857	2018-09-04	2019-01-03
3				
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	AUGUSTO	\$ 2.240.000	\$ 346.500	29237416-29505198
2	SEPTIEMBRE	\$ 3.000.000	\$ 346.500	29237416-29505198- PLANILLA AGOSTO
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	\$ 12.020.000	\$ 3.000.000	\$ 9.020.000

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 ESPECIFICAS (Las consignadas 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 PFD y la E.S.E.	Realizar actividades de Inspección Vigilancia y Control a establecimiento abiertos al público según requerimientos normativos sanitarios vigente y aplicables
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.	Entregar actas y soportes de las actividades de Inspección Vigilancia y Control a establecimiento abiertos al público según requerimientos normativos sanitarios vigente y aplicables de manera semanal a los líderes del proceso.
3. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.	Se realiza entrega de respectivo cronograma en físico
4. Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estándares de habilitación y acreditación de servicios de salud.	Se apoya las actividades inherentes a objeto del contrato
5. Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal.	Se realiza las visitas en campo de acuerdo a las metas asignadas
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. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato	Se diligencia de manera completa, adecuada, ordenada y legible Los formatos y actas requeridas en las diferentes intervenciones
7	
8	
9	
10	

Observaciones:

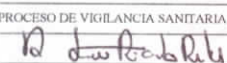
Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL.

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

C.C. 1.026.292.067 de BOGOTA


Firma del Contratista

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS

NOMBRE:	JAVIER RICARDO PEÑUELA PEREZ
CARGO:	LIDER PROCESO DE VIGILANCIA SANITARIA
FIRMA	

DATOS DEL APORTANTE									
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD			
CC	1026292067	PAULA VIVIANA PUERTO CORTES	CALLE 59 SUR N. 62A-24 TORRE 1 APTO 201	7381744	paulis1708@hotmail.com				
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CUIDAD / MUNICIPIO				
UNICA	1- Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.	NO			

DATOS DE LA PLANILLA						
PERIODO COTIZACIÓN			TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	TOTAL A PAGAR
SALUD	DIFERENTE A SALUD	AÑO				
8	2018	8	2018	N	29535196	\$35.700

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD									
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor	
EPS008	Compensar EPS	86006942-7	14.400	0		0		0	

	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
	0	0	0	14.400	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	900224608-8	18.500	0	0	0	0	0	0	0	18.500	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades	Aportes Otros	Valor Neto	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	2.800	No. Autorización	Valor	2.800	0	0	2.800	28	2.800	1

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
0	0	0	0	0
0	0	0	0	0

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	14.400	14.400
Pensión	1	18.500	18.500
Riesgos Laborales	1	2.800	2.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	35.700	35.700

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1026222067	PAULA VIVIANA PUERTO CORTES	CALLE 59 SUR N. 62A- 24 TORRE 1 APTO 201	7581744	paulus1706@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCCURSAL	CÓDIGO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	1 – Independiente			BOGOTÁ D. C.		BOGOTÁ D. C.

DATOS DE LA PLANILLA							
PERIODO COTIZACIÓN				TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAMESANO)	NÚMERO PLANILLA	TOTAL A PAGAR
SALUD		DIFFERENTE A SALUD					
MES	AÑO	MES	AÑO				
8	2018	8	2018	1	13/09/2018	29237416	\$310.800

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD		
Código EPS	Nombre	NIT
EPS008	Compensar EPS	86006942-7
		125.600

[illegible]

TOTALS PENSIÓN

[illegible]**TOTALES RIESGOS LABORALES**

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización		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
			Obligatoria	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	24.500			24.500	0	0	24.500			245	24.500	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	125.600	125.600
Pensión	1	160.700	160.700
Riesgos Laborales	1	24.500	24.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	310.800	310.800

Resultado de su transacción

Destino de pago
COMPENSAR-OI

Motivo
MiPlanilla.com Pago Proteccion
Social

Número de Aprobación
00265875

Fecha
13/08/2018

Dirección IP
190.145.241.147

Valor transacción
\$310.800,00

Referencia 1
190.145.241
.147

Referencia 2
CC

Referencia 3
1026292067

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: 4577 2018 C.B.P. No.: 2423 Proceso al que pertenece: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
Unidad a la que pertenece: SUBRED CENTRO ORIENTE - SALUD PÚBLICA - VIGILANCIA DE LA SALUD AMBIENTAL
Nombre del Contratista: PAULA VIVIANA PUERTO CORTES C.C. 1.026.292.067 de BOGOTÁ
Fecha Inicio: 2018-07-04 Fecha Terminación Inicial: 2018-08-03 Valor Mensual: \$ 3.000.000 Valor a cobrar: \$ 3.000.000

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	\$ 2.800.000	2667	2018-08-03	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	AGOSTO	\$ 2.840.000	\$ 346.500	29237416-29505198
2	SEPTIEMBRE	\$ 3.000.000	\$ 346.500	29237416-29505198- PLANILLA AGOSTO
3	OCTUBRE	\$ 3.000.000	\$ 373.100	30098092 PLANILLA SEPTIEMBRE
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	\$ 12.020.000	\$ 3.000.000	\$ 9.020.000

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 PÚBLICA 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: 2018-10-31

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las consignadas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERÍODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1. Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la E.S.E.	Realizar actividades de Inspección Vigilancia y Control a establecimiento abiertos al público según requerimientos normativos sanitarios vigentes y aplicables
2. Apoyar la prestación de servicios en el PIC, presentando la información y/o reportes que soliciten y que corresponde al objeto y/o actividades contractuales y de acuerdo a los anexos y lineamientos contenidos en el contrato suscrito con el fondo financiero distrital.	Entregar actas y reportes de las actividades de Inspección Vigilancia y Control a establecimiento abiertos al público según requerimientos normativos sanitarios vigentes y aplicables de manera semanal a los líderes del proceso.
3. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.	Se realiza entrega de respectivo cronograma en físico
4. Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estándares de habilitación y acreditación de servicios de salud.	Se apoya las actividades inherentes a objeto del contrato
5. Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal.	Se realiza las visitas en campo de acuerdo a las metas asignadas
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. Contendidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato	Se diligencia de manera completa, adecuada, ordenada y legible Los formatos y actas requeridas en las diferentes intervenciones
7.	
8.	
9.	
10.	

Observaciones:

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

C.C. 1.026.292.067 de BOGOTÁ

Paula Puerto C.
Firma del Contratista

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS

NOMBRE:	JAVIER RICARDO PEÑUELA PEREZ
CARGO:	LIDER PROCESO DE VIGILANCIA SANITARIA
FIRMA	<i>J. Ricardo P.</i>

DATOS DEL APORTANTE							EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	
CC	1026292067	PAULA VIVIANA PUERTO CORTES		CALLE 59 SUR N. 62A- 24 TORRE 1 APTO 201	7581744	paulis1708@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	1 – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA			
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMESIANO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAMESIANO)
2018-09	2018-09	i	23/10/2018
			30098092
			\$373.400

TOTALS POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD		
Código EPS	Nombre	NIT
EPS008	Compensar EPS	860069942-7
		150.000

UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
	No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
0		0		0	7	800	0	150.800	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Colización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Colización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Provenir	8600224808-8	192.000	0	0	0	0	7	1.100	0	193.100	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	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor									
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	29.300				29.300	7	200	29.500		293	29.500	1

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

Formulario de Ingresos				
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	150.000	150.800
Pensión	1	192.000	193.100
Respos Laborales	1	29.300	29.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	371.300	373.400

Pago PSE

Resultado de su transacción

Destino de pago
COMPENSAR-01

Motivo
MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Número de Aprobación
00600016

Fecha
23/10/2018

Dirección IP
186.29.183.67

Valor transacción
\$373.400,00

Referencia 1
10.0.66.134

Referencia 2
CC

Referencia 3
1026292067

Esta transacción estará sujeta a verificación

Terminar

Guardar PDF

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: 4577 2018

C.D.P. No.: 2423

Proceso al que pertenece: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC

Unidad a la que pertenece: SUBRED CENTRO ORIENTE - SALUD PUBLICA - VIGILANCIA DE LA SALUD AMBIENTAL

Nombre del Contratista: PAULA VIVIANA PUERTO CORTES

C.C. 1.026.292.067 de: BOGOTA

Fecha Inicio: 2018-07-04

Fecha Terminación inicial: 2018-08-03

Valor Mensual: \$ 3.000.000

Valor a cobrar: \$ 2.100.000

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	\$ 3.800.000	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	AGOSTO	\$ 2.340.000	\$ 346.500	29237416-29505198
2	SEPTIEMBRE	\$ 3.000.000	\$ 346.500	29237416-29505198- PLANILLA AGOSTO
3	OCTUBRE	\$ 3.000.000	\$ 373.100	30098092- PLANILLA SEPTIEMBRE
4	NOVIEMBRE	\$ 2.100.000	\$ 371.300	30936914- PLANILLA OCTUBRE
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL
DEL CONTRATO

\$ 2.800.000

VALOR TOTAL
DEL CONTRATO

\$ 17.620.000

PAGOS REALIZADOS

\$ 10.340.000

SALDO DEL CONTRATO

\$ 7.280.000

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: 2018-11-01 Hasta: 2018-11-30

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las consignadas en la minuta)	DESCRIPCION DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1. Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FPD y la E.S.E.	Realizar actividades de Inspeccion Vigilancia y Control a establecimiento abiertos al publico según requerimientos normativos sanitarios vigente y aplicables
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.	Entregar actas y soportes de las actividades de Inspeccion Vigilancia y Control a establecimiento abiertos al publico según requerimientos normativos sanitarios vigente y aplicables de manera semanal a los líderes del proceso.
3. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.	Se realiza entrega de respectivo cronograma en físico
4. Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estándares de habilitación y acreditación de servicios de salud.	Se apoya las actividades inherentes a objeto del contrato
5. Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal.	Se realiza las visitas en campo de acuerdo a las metas asignadas
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. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato	Se diligencia de manera completa, adecuada, ordenada y legible Los formatos y actas requeridas en las diferentes intervenciones
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. 1.026.292.067 de BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS

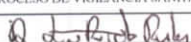
NOMBRE:

JAVIER RICARDO PEÑUELA PEREZ

CARGO:

LIDER PROCESO DE VIGILANCIA SANITARIA

FIRMA



		DATOS DE LA PLANILLA				CANTIDAD	
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	EMPLADOS	UPC	
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0	
2018-10	2018-10	I	13/11/2018	30936514	TOTAL A PAGAR		
					\$371.300		

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Contribución 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	86006943-7	150,000	0		0		0	0	0	0	150,000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES												
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización Morra	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor							
14.23	Positiva Seguros	86001115-6	25.300				25.300	0	0	29.300	29.300	4

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

DATOS DEL APORTANTE			
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN
CC	102622067	PAULA VIVIANA PUERTO CORTES	CALLE 59 SUR N. 62A-24 TORRE 1 APTO 201
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO
UNICA	1-Independiente		

DATOS DE LA PLANILLA			
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMESIANO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAMESIANO)
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES		
2018-10	2018-10	I	13/11/2018
TOTAL A PAGAR			\$371,300

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									
INFORMACIÓN NOVEDADES									
PENSION									
RESGOS LABORALES									
PARAFISCALES									
No. Tipo	Nº. de identificación	Apellidos y Nombres	Comitantes	Función	Extranjero	Retiro	Retiro	Retiro	Retiro
1	CC	102622067	PUERTO CORTES PAULA VIVIANA	59	0	0	0	0	0

PAGADA

Resultado de su transacción

Destino de pago
COMPENSAR-01

Motivo
MiPlanilla.com Pago Protección
Social

Número de Aprobación
00076557

Fecha
13/11/2018

Dirección IP
190.145.242.147

Valor transacción
\$371.300.00

Referencia 1
190.145.242
.147

Referencia 2
CC

Referencia 3
1026292067

Esta transacción estará sujeta a verificación

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: 4577 2018 C.B.P. No.: 2423 Proceso al que pertenece: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
Unidad a la que pertenece: SUBRED CENTRO ORIENTE - SALUD PUBLICA - VIGILANCIA DE LA SALUD AMBIENTAL
Nombre del Contratista: PAULA VIVIANA PUERTO CORTES C.C. 1.026.292.067 de BOGOTÁ
Fecha Inicio: 2018-07-04 Fecha Terminación inicial: 2018-08-03 Valor Mensual: \$ 3.000.000 Valor a cobrar: \$ 3.000.000

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	\$ 2.800.000	2667	2018-08-04	2018-09-03
2	\$ 12.030.000	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	AGOSTO	\$ 2.540.000	\$ 340.500	2921416-59505198
2	SEPTIEMBRE	\$ 3.000.000	\$ 340.500	2921416-59505198 PLANILLA AGOSTO
3	OCTUBRE	\$ 3.000.000	\$ 333.100	30998092 PLANILLA SEPTIEMBRE
4	NOVIEMBRE	\$ 2.100.000	\$ 371.300	30916914 PLANILLA OCTUBRE
5	DICIEMBRE	\$ 3.000.000	\$ 371.300	31603909 PLANILLA NOVIEMBRE
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	\$ 17.628.000	\$ 13.340.000	\$ 4.288.000

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: 2018-12-31

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las consignadas en la memoria)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERÍODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1. Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FPD y la E.S.E.	Realizar actividades de Inspección Vigilancia y Control a establecimiento abiertos al público según requerimientos normativos sanitarios vigente y aplicables
2. Apoyar la prestación de servicios en el PIC, presentando la información y/o reportes que soliciten y que corresponde al objeto y/o actividades contractuales y de acuerdo a los anexos y lineamientos contenidos en el contrato suscrito con el fondo financiero distrital.	Entregar actas y soportes de las actividades de Inspección Vigilancia y Control a establecimiento abiertos al público según requerimientos normativos sanitarios vigente y aplicables de manera semanal a los líderes del proceso.
3. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.	Se realiza entrega de respectivo cronograma en físico
4. Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estándares de habilitación y acreditación de servicios de salud.	Se apoya las actividades inherentes a objeto del contrato
5. Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal.	Se realiza las visitas en campo de acuerdo a las metas asignadas
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. Contendidos en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato	Se diligencia de manera completa, adecuada, ordenada y legible Los formatos y actas requeridas en las diferentes intervenciones
7	
8	
9	
10	

Observaciones:

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

C.C. 1.026.292.067 de BOGOTÁ

Paula Puerto
Firma del Contratista

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS

NOMBRE: JAVIER RICARDO PEÑUELA PEREZ
CARGO: LIDER PROCESO DE VIGILANCIA SANITARIA
FIRMA: *J. Peñuela*

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



DATOS DEL APORTANTE									
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD			
CC	1026292067	PAULA VIVIANA PUERTO CORTES	CALLE 59 SUR N. 62A-24 TORRE 1 APTO 201	7581744	paullav708@hotmail.com				
FORMA PRESENTACIÓN ÚNICA	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO				
I - Independiente				BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO			

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS
			2018/12/12		UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1
2018-11	2018-11	I	12/12/2018	31803909	TOTAL A PAGAR \$371.300

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD									
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	150.000	0	No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor	
					0	0	0	0	
					Días Mora		Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar
					0		0	0	150.000
									No. Afiliados
									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	Pensionar	800224808-8	192.000	0	0	0	0	0	0	0	192.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades No. Autorización	Valor	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
14-23	Positiva Seguros	860011163-6	29.300				29.300	0	0	29.300		293	293	29.300	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
0	0	0	0	0
0	0	0	0	0

TOTALES POR SUBSISTEMA				
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de ICE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar	No. Afiliados
Salud	1	150.000	150.000	150.000
Pensión	1	192.000	192.000	192.000
Riesgos Laborales	1	29.300	29.300	29.300
CCF	0	0	0	0
ESAP	0	0	0	0
ICBF	0	0	0	0
MEN	0	0	0	0
SENA	0	0	0	0
TOTALES	3	371.300	371.300	371.300

Pago PSE

Resultado de su transacción

Destino de pago
COMPENSAR-01

Motivo
MiPlanilla.com Pago Proteccion
Social

Número de Aprobación
00395872

Fecha
11/12/2018

Dirección IP
190.145.243.83

Valor transacción
\$371.300,00

Referencia 1
190.145.243
.83

Referencia 2
CC

Refe
1026;

Wake up to Sweden with
Crystal Ski Holidays
riatedinspecific.club

