Secretaria 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
832

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

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: PS-4324-2018 **C.D.P. No.:** 2423

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

Unidad a la que pertenece: GOBERNANZA

Nombre del Contratista: KARINA ANDREA PONCE SALAS **C.C.** 40.943.274 **de:** RIOHACHA-LA GUAJIRA

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	$ 346.500	8328635816
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 TRABAJO SOCIAL 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:** 2018-07-04 **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	*Se participo en la mesa localDE che Santa Fe *Asistir y participar en el comite derechos Humanos Localidad Santa fe *Se paticipoen el COLMYG de Antonio Nariño * se participo en 2 asistencvvias tecnicas Distrital IVE * Se participo en 2 fortalecimiento de capcidades del componente 1 Se participo en el COLMYG DE san Crsitobal
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 lineamientos contenidos en el contrato suscrito con el fondo financiero Distrital.	* Diligenciamiento matriz 1186 Participacion en reuniones de gobernanza * Presentacion de preauditoria
3	4. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. ,contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato-	Se elaborò y ajusto cronograma de actividades correspondiente al mes julio 2018

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. 40.943.274 **de** RIOHACHA-LA GUAJIRA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	YULIETH AVILA BOHORQUEZ
CARGO:	LIDER GOBERNANZA
FIRMA	

Señor(a): KARINA ANDREA PONCE SALAS
No. Identificación: CC 40943274
Dirección: CARRERA 100A N114 - 10 APART 301 TORRE I
Teléfono: 3017798783 **Fax:**
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla 8328635816

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	KARINA ANDREA PONCE SALAS
Tipo y Número de Identificación	CC 40943274
Número Planilla	8328635816
Fecha de Pago	7/19/2018
Número de Autorización de Pago	77043463
Banco	1023
Valor Comisión	$0

Número de Empleados	1
Periodo Cotización Salud	Julio 2018
Periodo Cotización Pensión	Julio 2018
Periodo Cotización Caja	Julio 2018
Número de Administradoras	3
Total Pagado	$347.000
Total Intereses Mora	$500

CODIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NUMERO DE AFILIADOS
		$27.400	1
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	$179.400	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	$140.200	1
EPS008	Compensar EPS		

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 40943274
APELLIDOS Y NOMBRES PONCE SALAS KARINA ANDREA

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACION SALUD	COTIZACION PENSION	COTIZACION RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD
EPS008	25-14	0	1.120.000	1.120.000	1.120.000	0	140.000	179.200	27.300	0

TIPO DOC.:
NO. DOCUMENTO:
APELLIDOS Y NOMBRES

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC RIESGOS	IBC CAJA	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
832

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

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS-4324-2018	C.D.P. No.:	2423	Proceso al que pertenece:	PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC
				Unidad a la que pertenece:	GOBERNANZA
Nombre del Contratista:	KARINA ANDREA PONCE SALAS			C.C.	40.943.274 de: RIOHACHA-LA GUAJIRA
Fecha Inicio:	2018-07-04	Fecha Terminación incial:	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	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	$ 346.500	8328635816
2	AGOSTO	$ 2.800.000	$ 346.500	8329278269
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 TRABAJO SOCIAL 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: 2018-08-01 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	*Se participo EN EL colmyg Santa fe *Asistir y participar en el comite derechos Humanos Localidad Santa fe *Se paticipoen el COLMYG de Antonio Nariño * se participo en 2 Asistecia tecnica Distrital . Se participo en el COLMYG DE RUU
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 al ANEXO 3 contenido en el Contrato interadministrativo 0083/2017 suscrito con el Fondo Financiero Distrital.	* Diligenciamiento matriz 1186 Participacion en reuniones de gobernanza * Presentacion de preauditoria
4	4. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. ,contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato-	Se elaboró y ajusto cronograma de actividades correspondiente al mesaGOSTO 2018

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. 40.943.274 de RIOHACHA-LA GUAJIRA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	YULIETH AVILA BOHORQUEZ
CARGO:	LÍDER GOBERNANZA
FIRMA:	

compensar | miplanilla.com

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

Señor(a):	KARINA ANDREA PONCE SALAS
No. Identificación:	CC40943274
Dirección:	CARRERA 100A N114 - 10 APART 301 TORRE I
Telefono:	3017798783
Correo:	kapos220@hotmail.com
Ciudad:	BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla:	8329278269

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	KARINA ANDREA PONCE SALAS
Tipo y número de identificación	CC40943274
Número de planilla	8329278269
Fecha pago	2018-08-16
Número de autorización pago	86389575
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	Cía. de Seguros Bolivar S.A.	27300	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	179200	1
EPS008	Compensar EPS	140000	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 40943274
APELLIDOS Y NOMBRES: KARINA ANDREA PONCE SALAS

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	25-14	1120000	1120000	1120000	0	140000	0	179200	0	27300	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
832

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

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: PS-4324-2018 C.D.P. No.: 2423

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

Unidad a la que pertenece: GOBERNANZA

Nombre del Contratista: KARINA ANDREA PONCE SALAS C.C. 40.943.274 de: RIOHACHA-LA GUAJIRA

Fecha Inicio: 2018-07-04 Fecha Terminación Inicial: 2018-08-03 Valor Mensual: $ 3.000.000 Valor a cobrar: $ 1.200.000

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	$ 2.520.000	$ 346.500	8328635816
2	AGOSTO	$ 2.800.000	$ 346.500	8329278269
3	SEPTIEMBRE	$ 1.500.000	$ 346.500	8329278269
4	OCTUBRE	$ 1.200.000	$ 346.500	8330702784
5	FEBRERO	$ 1.200.000	$ 346.500	32832663
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	$ 9.220.000	$ 8.400.000

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN TRABAJO SOCIAL 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: 2019/02/18 Hasta: 2019/02/28

	OBLIGACIONES ESPECIFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA
1	1. Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE	SEGUIMIENTO DEL PLAN ESTRATEGICO DE PROCESO TRANSVERSAL DE GOBERNANZA, REUNION EQUIPO DE GOBERNZA, IMPLEMETACION DE LA AGENDA LOCAL ANTONIO NARIÑO, MARTIRES, SANTA FE Y CANDELARIA
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 PRESENTAN SOPORTES DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS.
3	3. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar	ELABORACIÒN Y ACTUALIZACION DE CRONOGRAMA
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 estrandares de habilitación y acreditación de servicios de salud.	se apoyan las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo
5	5.Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal	SE REALIZAN ACCIONES DE CAMPO EN LAS LOCALIDAES DE LA SUBRED
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	DILIGENCIAR FORMATOS DE MANERA COMPLETA , ADECUADA, ORDENADA Y LEGIBLE.

Observaciones:

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

Firma del Contratista

C.C. 40.943.274 de RIOHACHA-LA GUAJIRA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE	YULIETH AVILA BOHORQUEZ
CARGO	LÍDER GOBERNANZA
FIRMA	

Señor(es): KARINA ANDREA PONCE SALAS
Nit: CC 40943274
Dirección: carrera 100a N114 - 10 apart 301 torre I
Teléfono: 3017798783 **Fax:**
Ciudad: BOGOTA, D.C.

Respetado(s) señor(es)

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

compensar | miplanilla.com

Nombre	KARINA ANDREA PONCE S.
Tipo y número de identificación	40943274
Número de radicación planilla	8332832663
Fecha de pago	2/20/2019
Número de autorización de pago	85496515
Banco	1023
Valor Comisión	$0

Número de empleados	1
Periodo cotización salud	Enero 2019
Periodo cotización pensión	Enero 2019
Periodo cotización caja	Enero 2019
Número de administradoras	3
Total Pagado	$347.200
Total interes mora	$700

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	$27.400	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	$179.500	1
EPS008	Compensar EPS	$140.300	1

PAGADO 85496515

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

compensar | miplanilla.com

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

DATOS DEL AFILIADO						NOVEDADES														VALOR IBC						LIQUIDACION DE APORTES				
No	TIPO	NUMERO	APELLIDOS Y NOMBRES	COD EPS	COD AFP	COD CAJA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IBP	NUEVA EPS	NUEVA AFP	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC CAJAS	IBC RIESGOS	DIAS COTIZADOS	EXTRANJERO	EXCLUIDO DE APORTES	COTIZ PENSION	FONDO SOLIDAR PENSION	APORTE VOLUNT PENSION	COTIZ SALUD	UPC ADICIONAL
1	CC	40843274	PONCE SALAS KARINA ANDREA	EPS008	25-14																				1.120.000	1.120.000	0	1.120.000	0			179.200	0	0	140.000	0

PAGADO 855465 DP 5

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
832

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

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: PS-4324-2018 **C.D.P. No.:** 2423

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

Unidad a la que pertenece: GOBERNANZA

Nombre del Contratista: KARINA ANDREA PONCE SALAS **C.C.** 40.943.274 **de:** RIOHACHA-LA GUAJIRA

Fecha Inicio: 2018-07-04 **Fecha Terminación incial:** 2018-08-03 **Valor Mensual:** $ 3.000.000 **Valor a cobrar:** $ 1.500.000

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	$ 346.500	8328635816
2	AGOSTO	$ 2.800.000	$ 346.500	8329278269
3	SEPTIEMBRE	$ 1.500.000	$ 346.500	8329278269
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	$ 6.820.000	$ 10.800.000

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN TRABAJO SOCIAL 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:** 2018-09-01 **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	1. Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE	SEGUIMIENTO DEL PLAN ESTRATEGICO DE PROCESO TRANSVERSAL DE GOBERNANZA SEGUIMIENTO AGENDA SECTORIAL LOCALIDAD LOS MARTIRES
	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	ELABORACIÓN DE INFORMES TRIMSTRALES DE ACUEDO A LA PROGRAMACIÓN DE LA VIGENCIA
	3. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar	ELABORACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES
	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 estrandares de habilitación y acreditación de servicios de salud.	* SE ASISTIO Y PARTICIPO EN EL CLSM LOCALIDAD SAN CRISTOBAL *SE ASISTIO Y PARTICIPO EN EL CLSM LOCALIDAD SANTA FE * SE ASISTIO Y PARTICIPO EN EL CLSM LOCALIDAD LOS MARTIRES *SE PARTICIPO EN LA MESA TECNICA LOCALIDAD RUU * SE ASISTIO Y PARTICIPO EN EL COLMYG SAN CRISTOBAL
	5.Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal	* PARTICIPAR EN LAS ACTIVIDADES DE ACUERDO A LOS ANEXOS OPERATIVOS Y RELACIONADOS CON LA POLITICA DE MUEJR EQUIDAD Y GENERO.
	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	DILIGENCIAR FORMATOS DE MANERA COMPLETA , ADECUADA, ORDENADA Y LEGIBLE.

Observaciones:

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

Karina Ponce
Firma del Contratista

C.C. 40.943.274 **de** RIOHACHA-LA GUAJIRA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	YULIETH AVILA BOHORQUEZ
CARGO:	LIDER GOBERNANZA
FIRMA	

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

Señor(a):	KARINA ANDREA PONCE SALAS
No. Identificación:	CC40943274
Dirección:	CARRERA 100A N114 - 10 APART 301 TORRE I
Telefono:	3017798783
Correo:	kapos220@hotmail.com
Ciudad:	BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla:	8329278269

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	KARINA ANDREA PONCE SALAS
Tipo y número de identificación	CC40943274
Número de planilla	8329278269
Fecha pago	2018-08-16
Número de autorización pago	86389575
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

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
15-7	Cía. de Seguros Bolivar S.A.	27300	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	179200	1
EPS008	Compensar EPS	140000	1

8329278269

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 40943274
APELLIDOS Y NOMBRES: KARINA ANDREA PONCE SALAS

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

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

4324

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
832

CÓDIGO: AP-1A-FT-014
VERSIÓN: 01
FECHA: 2017-07-07

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS-4324-2018	**C.D.P. No.:**	2423	**Proceso al que pertenece:**	PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC
				Unidad a la que pertenece:	GOBERNANZA

Nombre del Contratista: KARINA ANDREA PONCE SALAS **C.C.** 40.943.274 **de:** RIOHACHA-LA GUAJIRA

Fecha Inicio: 2018-07-04 **Fecha Terminación Inicial:** 2018-08-03 **Valor Mensual:** $ 3.000.000 **Valor a cobrar:** $ 1.200.000

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	$ 346.500	8328635816
2	AGOSTO	$ 2.800.000	$ 346.500	8329278269
3	SEPTIEMBRE	$ 1.500.000	$ 346.500	8329278269
4	OCTUBRE	$ 1.200.000	$ 346.500	8330702784
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	$ 8.020.000	$ 9.600.000

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN TRABAJO SOCIAL 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:** 2018-10-30

	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	SEGUIMIENTO DEL PLAN ESTRATEGICO DE PROCESO TRANSVERSAL DE GOBERNANZA
	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	ASISTENCIA TECNICA SDS
	3. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar	ELABORACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES
	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 estrandares de habilitación y acreditación de servicios de salud.	* SE ASISTIO Y PARTICIPO EN EL CLSM LOCALIDAD ANTONIO NARIÑO * SE ASISTIO Y PARTICIPO EN EL COLMYG SAN CRISTOBAL .SE ASISTIO Y PARTICIPO EN EL COLMYG SANTA FE SE PARTICIPO EN BARRIOS PROMOTORES
	5.Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal	* PARTICIPAR EN LAS ACTIVIDADES DE ACUERDO A LOS ANEXOS OPERATIVOS Y RELACIONADOS CON LA POLITICA DE MUJER EQUIDAD Y GENERO.
	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	DILIGENCIAR FORMATOS DE MANERA COMPLETA , ADECUADA, ORDENADA Y LEGIBLE.

Observaciones:

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

Karina Ponce
Firma del Contratista

C.C. 40.943.274 **de** RIOHACHA-LA GUAJIRA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	YULIETH AVILA BOHORQUEZ
CARGO:	LIDER GOBERNANZA
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	40943274	KARINA ANDREA PONCE SALAS	carrera 100a N114 - 10 apart 301 torre I	3017798783	kapos220@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						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
			2018/10/22		EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2018-09	2018-09	I	22/10/2018	30702784	TOTAL A PAGAR	
					$348.000	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Dias Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	140.000	0		0		0	5	600	0	140.600	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Dias Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	179.200	0	0	0	0	5	700	0	179.900	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Dias 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	27.300				27.300	5	200	27.500			273	27.500	1

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Dias 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	140.000	140.600
Pensión	1	179.200	179.900
Riesgos Laborales	1	27.300	27.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	346.500	348.000

PAGADA
30702784

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	40943274	KARINA ANDREA PONCE SALAS		carrera 100a N114 - 10 apart 301 torre I	3017798783	kapos220@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					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2018-09	2018-09	I	22/10/2018	30702784	$348.000

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
o.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiza. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
	CC	40943274	PONCE SALAS KARINA ANDREA	59	0			N																	25-14	1.120.000	179.200	0	0	0	0	EPS008	1.120.000	140.000	14-7	1.120.000	3	27.300		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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