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-4994-2018	**C.D.P. No.:**	1650	**Proceso al que pertenece:**	PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC
				Unidad a la que pertenece:	SALUD PUBLICA - VIGILANCIA AMBIENTAL PUBLICA-SUBRED CENTRO ORIENTE

Nombre del Contratista: ANGELICA MARIA MENDEZ CARMONA **C.C.** 52.487.872 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2018-07-09 **Fecha Terminacion incial:** 2018-08-08 **Valor Mensual:** $ 2.800.000 **Valor a cobrar:** $ 2.053.333

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	$ 2.053.333	$ 254.088	2379839112903890 9
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	$ 2.053.333	$ 746.667

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN MEDICINA VETERINARIA 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:** 2018-07-09 **Hasta:** 2018-07-31

	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 las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE.	Apropiación fichas técnicas y anexos a Guía operativa en vigilancia en Salud Publica de eventos transmisible y de origen Zoonótico. Realizar visitas a animal agresor, Control de vectores plaga y visitas por tenencia adecuada de animales. Proceso de inducción del nuevo modelo de salud de Bogotá, Subred Centro Oriente. Realizar visitas de control a establecimientos que prestan servicios a animales de compañía (I.V.C.)
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	Entrega de soportes en físico y digital de las visitas realizadas por tenencia adecuada de animales y observaciones realizadas a animales agresores para el evento 307
3	Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato	Cronogramas de Julio del 2018 entregados en físico y en medio magnetico de las localidades Los Mártires, La Candelaria, Santa Fe, Antonio Nariño y Rafael Uribe
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 tambien la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro

Firma del Contratista

C.C. 52.487.872 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	Javier Ricardo Peñuela Pérez
CARGO:	Coordinador Area de Vigilancia de la Salud Ambiental
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	52467872	ANGELICA MARIA MENDEZ CARMONA		CARRERA 112 A # 142 - 37	4731420	angelicammendezc@gmail.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		29038909	$12.000

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD												
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	4.700	0		0		0	7	100	0	4.800	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	6.000	0	0	0	0	7	100	0	6.100	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	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	1.000				1.000	7	100	1.100			10	1.100	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días 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	4.700	4.800
Pensión	1	6.000	6.100
Riesgos Laborales	1	1.000	1.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	11.700	12.000

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	52487872	ANGELICA MARIA MENDEZ CARMONA		CARRERA 112 A # 142 - 37	4731420	angel.cammendezc@gmail.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	I	11/07/2018	28798391	$242,600

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	98,000	0		0		0	0	0	0	98,000	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	125,500	0	0	0	0	0	0		125,500	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 Bolívar S.A.	860002503-2	19,100				19,100	0	0	19,100			191	19,100	1

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

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICEF				
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	98,000	98,000
Pensión	1	125,500	125,500
Riesgos Laborales	1	19,100	19,100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICEF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	242,600	242,600

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	52487872	ANGELICA MARIA MENDEZ CARMONA		CARRERA 112 A # 142 - 37	4731420	angel.cammendezc@gmail.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	1	11/07/2018	28798391	$242.600

LE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE						INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES					
No. de identificación	Apellidos y Nombres	Extranjero	Sustitutiva	Pensionado	Cotiza exterior	Proveniente	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	Cod. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
52487872	MENDEZ CARMONA ANGELICA MARIA	51	0			N																	230301	783.997	125.500	0	0	0	0	EPS017	783.997	98.000	147	783.997	3	19.700		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Eliminar No deseado Bloquear ···

Pago virtual (PSE o B2C) exitoso

avvillas@bancoavvillas.com.co
Mié 11/07/2018 1:16
Usted

Estimado cliente, usted ha realizado un Pago PSE en la pagina del Banco AV Villas por un valor de $242,600 y ha sido Exitoso

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-4994-2018	**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 AMBIENTAL PUBLICA-SUBRED CENTRO ORIENTE

Nombre del Contratista:	ANGELICA MARIA MENDEZ CARMONA	**C.C.**	52.487.872	**de:**	BOGOTA
Fecha Inicio:	2018-07-09	**Fecha Terminación Inicial:**	2018-08-08	**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	2018-08-09	2018-09-08
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	$ 2.053.333	$ 254.300	23798391 29038909
2	AGOSTO	$ 2.800.000	$ 346.500	29278966
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	$ 4.853.333	$ 746.667

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN MEDICINA VETERINARIA 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 (Los estipulados 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.	Apropiación fichas técnicas y anexos a Guía operativa en vigilancia en Salud Publica de eventos transmisible y de origen Zoonótico. Realizar visitas a animal agresor, Control de vectores plaga y visitas por tenencia adecuada de animales. Proceso de inducción del nuevo modelo de salud de Bogotá, Subred Centro Oriente. Realizar visitas de control a establecimientos que prestan servicios a animales de compañía (I.V.C.)
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.	Entrega de soportes en físico y digital de las visitas realizadas por tenencia adecuada de animales y observaciones realizadas a animales agresores para el evento 307
3	Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.	Cronogramas de Julio del 2018 entregados en físico y en medio magnético de las localidades Los Mártires, La Candelaria, Santa Fe, Antonio Nariño y Rafael Uribe
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. 52.487.872 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	Javier Ricardo Peñuela Pérez
CARGO:	Coordinador Área de Vigilancia de la Salud Ambiental
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	52487872	ANGELICA MARIA MENDEZ CARMONA	CARRERA 112 A # 142 - 37	4731420	angelicammendezc@gmail.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				
8	2018	8	2018	T	10/09/2018	29278966	$346.500

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	140.000	0		0		0	0	0	0	140.000	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	179.200	0	0	0	0	0	0		179.200	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	27.300				27.300	0	0	27.300			273	27.300	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
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	140.000
Pensión	1	179.200	179.200
Riesgos Laborales	1	27.300	27.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	346.500	346.500

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	52487872	ANGELICA MARIA MENDEZ CARMONA		CARRERA 112 A # 142 - 37	4731420	angelicammendezc@gmail.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				
8	2018	8	2018	I	10/08/2018	29278966	$346,500

LE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Principal	Colom. exterior	Promedio	Ing	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	COMISIONES	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
52487872	MENDEZ CARMONA ANGELICA MARIA	58	0			N																	230301	1.120.000	179.200	0	0	0	0	EPS017	1.120.000	140.000	14-7	1.120.000	3	27.300		0	0	0	0	0	0	0	0

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

Ultimo ingreso exitoso: 2018-08-09 / 08:48:00 PM | Ultimo ingreso fallido: 2018-04-19 / 11:37:06 AM

Periodo Pensión: Agosto 2018. Periodo Salud: Agosto 2018. Agosto 13 de 2018 / 8:28 AM

Planillas / Resumen de pago

Información básica de la planilla

Empresa:	ANGELICA MARIA MENDEZ CARMONA	**Nit:**	52487872
Tipo planilla:	I	**Periodo liquidación Pensiones**	Agosto 2018
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	Agosto 2018
Número de radicación:	29278966	**Total a pagar:**	$346,500
Fecha de vencimiento:	17/08/2018	**Total de empleados:**	1
Fecha de pago:	10/08/2018	**Número de administradoras:**	3

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	**Nit recaudo:**	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	**Medio de pago:**	Pago Electronico por PSE
Banco:	BANCO AV VILLAS	**Número de aprobación:**	359646522
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Totales

Código	NIT	Administradoras	No. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total pagado
14-7	860002503	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	1		$0.00	$27,300
230301	800224808	Porvenir	1		$0.00	$179,200
EPS017	830003564	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	1		$0.00	$140,000
						$346,500

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

»Ver planillas pagadas

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

Exportar reporte a Excel Exportar reporte a PDF

https://www.miplanilla.com/
Todos los derechos reservados © 2018 , Compensar - Cenet S.A.

compensar | miplanilla.com Comfenalco Valle delagente

cerlicámara

ISO / IEC 27001 icontec Certificado N° SC 306-1

Acerca de los certificados SSL

Powered by Cenet Edinet

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 – GESTION DE SUMINISTROS 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-4994-2018	**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 AMBIENTAL PUBLICA-SUBRED CENTRO ORIENTE

Nombre del Contratista: ANGELICA MARIA MENDEZ CARMONA **C.C.** 52.487.872 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2018-07-09 **Fecha Terminación Inicial:** 2018-08-08 **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	2018-08-09	2018-09-08
2	$ 11.553.333	2867	2018-09-09	2018-01-09
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	$ 2.053.333	$ 254.300	23798391/29038909
2	AGOSTO	$ 2.800.000	$ 346.500	29278966
3	SEPTIEMBRE	$ 3.000.000	$ 371.300	8330098439
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Duración del contrato	VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
	$ 2.800.000	$ 17.153.333	$ 7.853.333	$ 9.300.000

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN MEDICINA VETERINARIA 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 CONTRACTUALES (Las estipuladas en la minuta)	ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato PSPIC - A PSPIC	Apropiación fichas técnicas y anexos a Guia operativa en vigilancia en Salud Publica de eventos transmisible y de origen Zoonótico. Realizar visitas a animal agresor, Control de vectores plaga y visitas por tenencia adecuada de animales. Realizar visitas de control a establecimientos que prestan servicios a animales de compañia (I.V.C.)
2	Apoyar la prestación de servicios en el PIC, presentando la infomnación y/o soportes que soliciten y que corresponde al objeto y/o actividades contractuales y de acuerdo a los montos y lineamientos contenidos en el PIC dando soporte con el Fondo Financiero Distrital.	Entrega de soportes en fisico y digital de las visitas realizadas por tenencia adecuada de animales y observaciones realizadas a animales agresores para el PSPIC
3	Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.	Cronogramas de Julio del 2018 entregados en fisico y en medio magnético de las localidades Los Mártires, La Candelaria, Santa Fe, Antonio Nariño
4	Apoyar las actividades asociadas al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estandares de habilitacion y acreditacion de los servicios de salud	realizar las actividades correspondiente al objeto del contrato de acuerdo a los lineamientos emitidos por la secretaria de salud
5	realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal	realizar las visitas de inspeccion vigilancia y control de acuerdo con lo establecido en el anexo operativo
6	diligenciar de manera completa , ordenada, adecuada y legible todos los formatos requeridos en las diferentes intervenciones de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal	entrega de soportes diligenciados completamente, legibles y con todos los formatos requeridos para la actividad

Observaciones:

Firma del Contratista

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

C.C. 52.487.872 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATO

NOMBRE:	Javier Ricardo Peñuela Pérez
CARGO:	Coordinador Area de Vigilancia de la Salud Ambiental
FIRMA	

SEP 17 2018 16:02:23 REMICT 8.10
EXITO CIUDAD JARDIN CC
CRA 13 16-48 SUR
CORRESPONSAL
BANCO AV VILLAS
C.UNICO: 0012303095 TER: 03095005
C.BANC: 0052
ID CAJERO: 0023944701
RECIBO: 034783 RRN: 064541
RECAUDO APRO: 050446
SERVICIO: 1138
FACTURA: 00000000000000008330098439
** PAGO FACTURA **
TRANSACCION EXITOSA
RECAUDO $ 371,300

BANCO AV VILLAS es responsable por los servicios prestados por el CB. El CB no puede prestar servicios financieros por su cuenta.
Para reclamos comuníquese al:
01 8000518000
CONSERVE ESTA TIRILLA COMO SOPORTE.
FECHA PLANILLA: 2018/09
VALOR PLANILLA: $ 371.300
VALOR COMISION: $ 0

EXITO CIUDAD JARDIN

177375 PILA COMPENSAR 371.300
Factura: 8330098439
**** SUBTOTAL/TOTAL >>>> $ 371.300
EFECTIVO 375.000
FACTURAS APROBADAS
Fac.8330098439 Apro:050446 BANCO:0052
CAMBIO 3.700
DISCRIMINACION TARIFAS IVA

TARIFA	COMPRA	BASE/IMP.	IVA
=00%	371300	371300	0
TOTAL=	371300	371300	0

TIQUETE :0584 0030997315
RES DIAN# 18762008025772 DE01/MAY/2018
RANG.AUT.0584 0030951173 al 0039999999
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

17/SEP/2018 16:02 0584 03 0300 4701

584-8JT3M

Señor(a): ANGELICA MARIA MENDEZ CARMONA
No. Identificación: CC 52487872
Dirección: CARRERA 112 A # 142 - 37
Teléfono: 4731420 **Fax:**
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla 8330098439

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	ANGELICA MARIA MENDEZ CAR
Tipo y Número de Identificación	CC 52487872
Número Planilla	8330098439
Fecha de Pago	9/18/2018
Número de Autorización de Pago	30098439
Banco	1052
Valor Comisión	$0

Número de Empleados	1
Periodo Cotización Salud	Septiembre 2018
Periodo Cotización Pensión	Septiembre 2018
Periodo Cotización Caja	Septiembre 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
EPS017	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	$150.000	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 52487872
APELLIDOS Y NOMBRES MENDEZ CARMONA ANGELICA MARIA

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACIÓN SALUD	COTIZACIÓN PENSIÓN	COTIZACIÓN RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD
EPS017	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

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

NOMBRE Y APELLIDOS: ANGELICA MENDEZ **PERFIL:** MEDICO VETERINARIO **TELEFONO:** 3115871122 **MES:** OCTUBRE

DÍA	HORA	ACTIVIDAD	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN O LUGAR EN DONDE SE REALIZA LA ACTIVIDAD	DIRECCIÓN DEL SITIO DONDE SE REALIZA LA ACTIVIDAD	PERSONA DE CONTACTO DEL LUGAR DONDE SE REALIZA LA ACTIVIDAD (QUIEN PUEDA DAR INFORMACIÓN ACERCA DE LA ACTIVIDAD)	OBSERVACIONES
10/1/2018	8:00-16:00	SEGUMIENTO ANIMAL AGRESOR	RAFAEL URIBE URIBE	POR DEMANDA	DRA. CAROLINA MENDEZ	
10/2/2018	8:00-16:00	SEGUMIENTO ANIMAL AGRESOR	RAFAEL URIBE URIBE	POR DEMANDA	DRA. CAROLINA MENDEZ	
10/3/2018	8:00-16:00	SEGUMIENTO ANIMAL AGRESOR	RAFAEL URIBE URIBE	POR DEMANDA	DRA. CAROLINA MENDEZ	
10/4/2018	8:00-16:00	SEGUMIENTO ANIMAL AGRESOR	RAFAEL URIBE URIBE	POR DEMANDA	DRA. CAROLINA MENDEZ	
10/5/2018	8:00-16:00	ATENCION A PETICIONES	RAFAEL URIBE URIBE	POR DEMANDA	DRA. CAROLINA MENDEZ	
10/6/2018	sabado					
10/7/2018	domingo					
10/8/2018	8:00-16:00	SEGUMIENTO ANIMAL AGRESOR	RAFAEL URIBE URIBE	POR DEMANDA	DRA. CAROLINA MENDEZ	
10/9/2018	8:00-16:00	SEGUMIENTO ANIMAL AGRESOR	RAFAEL URIBE URIBE	POR DEMANDA	DRA. CAROLINA MENDEZ	
10/10/2018	8:00-16:00	SEGUMIENTO ANIMAL AGRESOR	RAFAEL URIBE URIBE	POR DEMANDA	DRA. CAROLINA MENDEZ	
10/11/2018	8:00-16:00	SEGUMIENTO ANIMAL AGRESOR	RAFAEL URIBE URIBE	POR DEMANDA	DRA. CAROLINA MENDEZ	
10/12/2018	8:00-16:00	ATENCION A PETICIONES	RAFAEL URIBE URIBE	POR DEMANDA	DRA. CAROLINA MENDEZ	
10/13/2018	sabado					
10/14/2018	domingo					
10/15/2018	8:00-16:00	SEGUMIENTO ANIMAL AGRESOR	RAFAEL URIBE URIBE	POR DEMANDA	DRA. CAROLINA MENDEZ	
10/16/2018	8:00-16:00	SEGUMIENTO ANIMAL AGRESOR	RAFAEL URIBE URIBE	POR DEMANDA	DRA. CAROLINA MENDEZ	
10/17/2018	8:00-16:00	SEGUMIENTO ANIMAL AGRESOR	RAFAEL URIBE URIBE	POR DEMANDA	DRA. CAROLINA MENDEZ	
10/18/2018	8:00-16:00	SEGUMIENTO ANIMAL AGRESOR	RAFAEL URIBE URIBE	POR DEMANDA	DRA. CAROLINA MENDEZ	
10/19/2018	8:00-16:00	ATENCION A PETICIONES	RAFAEL URIBE URIBE	POR DEMANDA	DRA. CAROLINA MENDEZ	
10/20/2018	sabado					
10/21/2018	domingo					
10/22/2018	8:00-16:00	apoyo alimentos/ saneamiento basico	RAFAEL URIBE URIBE	educativos	ing Luis Carlos	
10/23/2018	8:00-16:00	apoyo alimentos/ saneamiento basico	RAFAEL URIBE URIBE	educativos	ing Luis Carlos	
10/24/2018	8:00-16:00	apoyo alimentos/ saneamiento basico	RAFAEL URIBE URIBE	educativos	ing Luis Carlos	
10/25/2018	8:00-16:00	apoyo alimentos/ saneamiento basico	RAFAEL URIBE URIBE	educativos	ing Luis Carlos	
10/26/2018	8:00-16:00	apoyo alimentos/ saneamiento basico	RAFAEL URIBE URIBE	educativos	ing Luis Carlos	
10/27/2018	sabado	apoyo alimentos/ saneamiento basico				
10/28/2018	domingo					
10/29/2018	8:00-16:00	SEGUMIENTO ANIMAL AGRESOR	RAFAEL URIBE URIBE	por demanda	DRA. CAROLINA MENDEZ	
10/30/2018	8:00-16:00	SEGUMIENTO ANIMAL AGRESOR	RAFAEL URIBE URIBE	por demanda	DRA. CAROLINA MENDEZ	

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-4994-2018	**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 AMBIENTAL PUBLICA-SUBRED CENTRO ORIENTE

Nombre del Contratista: ANGELICA MARIA MENDEZ CARMONA **C.C.** 52 487 872 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2018-07-09 **Fecha Terminación incial:** 2018-08-08 **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	2018-08-09	2018-09-08
2	$ 11.553.333	2857	2018-09-09	2019-01-09
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	$ 2.053.333	$ 254.300	23798391/29038909
2	AGOSTO	$ 2.800.000	$ 346.500	29278966
3	SEPTIEMBRE	$ 3.000.000	$ 371.300	83300984 39
4	OCTUBRE	$ 3.000.000	$ 371.300	83300984 39 planilla septiembre
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	$ 17.153.333	$ 10.853.333	$ 6.300.000

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN MEDICINA VETERINARIA 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:** 2018-10-31

	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 las actividades en el marco del contrato suscrito con FED y la ESE	Apropiación fichas técnicas y anexos a Guia operativa en vigilancia en Salud Publica de eventos transmisible y de origen Zoonótico Realizar visitas a animal agresor, Control de vectores plaga y visitas por tenencia adecuada de animales Proceso de induccion del nuevo modelo de salud de Bogotá, Subred Centro Oriente Realizar visitas de control a establecimientos que prestan servicios a animales de compañía (I.V.C.)
2	Apoyar la prestación de servicios en el PIC, presentando la información y/o soportes que solicite 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	Entrega de soportes en físico y digital de las visitas realizadas por tenencia adecuada de animales y observaciones realizadas a animales agresores para el evento 307
3	Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato	Cronogramas de Julio del 2018 entregados en físico y en medio magnético de las localidades Los Martires, La Candelaria, Santa Fe, Antonio Nariño y Rafael Uribe
4	Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estandares de habilitacion y acreditacion de los servicios de salud	realizar las actividades correspondiente al objeto del contrato de acuerdo a los lineamientos emitidos por la secretaria de salud
5	realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal	realizar las visitas de inspeccion vigilancia y control de acuerdo con lo establecido en el anexo operativo
6	diligenciar de manera completa , ordenada, adecuada y legible todos los formatos requeridos en las diferentes intervenciones de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal	entrega de soportes diligenciados completamente, legibles y con todos los formatos requeridos para la actividad

Observaciones:

Se anexa certificacion de pago a Salud, pension 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. 52 487 872 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	Javier Ricardo Peñuela Perez
CARGO:	Coordinador Área de Vigilancia de la Salud Ambiental
FIRMA	

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

Señor(a): ANGELICA MARIA MENDEZ CARMONA
No. Identificación: CC52487872
Dirección: CARRERA 112 A # 142 - 37
Telefono: 4731420
Correo: angelicammendezc@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8330098439

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	ANGELICA MARIA MENDEZ CARMONA
Tipo y número de identificación	CC52487872
Número de planilla	8330098439
Fecha pago	2018-09-18
Número de autorización pago	30098439
Banco	1052

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

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	29300	1
230301	Porvenir	192000	1
EPS017	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	150000	1

PAGADA
8330098439

IPO DOC.: CC
IO. DOCUMENTO: 52487872
APELLIDOS Y NOMBRES: ANGELICA MARIA MENDEZ CARMONA

d. 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
PS017	230301	1200000	1200000	1200000	0	150000	0	192000	0	29300	0

Este documento está clasificado como PRIVADO conforme a Compensar Operador de Información

4994

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-4994-2018 **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 AMBIENTAL PUBLICA-SUBRED CENTRO ORIENTE

Nombre del Contratista: ANGELICA MARIA MENDEZ CARMONA **C.C.** 52.487.872 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2018-07-09 **Fecha Terminación inicial:** 2018-08-08 **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	2018-08-09	2018-09-08
2	$ 12.000.000	2857	2018-09-09	2019-01-09
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	$ 2.053.333	$ 254.300	23798391/29038909
2	AGOSTO	$ 2.800.000	$ 346.500	29278966
3	SEPTIEMBRE	$ 3.000.000	$ 371.300	8330098439
4	*OCTUBRE*	*$ 3.000.000*	*$ 371.300*	*SEPTIEMBRE 8330098439*
5	NOVIEMBRE	$ 3.000.000	$ 371.300	octubre/ 8330975574
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Planilla recogida

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 2.800.000	$ 17.600.000	$ 13.853.333	$ 3.746.667

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN MEDICINA VETERINARIA 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 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.	Apropiación fichas técnicas y anexos a Guía operativa en vigilancia en Salud Publica de eventos transmisible y de origen Zoonótico. Realizar visitas a animal agresor, Control de vectores plaga y visitas por tenencia adecuada de animales. Proceso de inducción del nuevo modelo de salud de Bogotá, Subred Centro Oriente. Realizar visitas de control a establecimientos que prestan servicios a animales de compañía (I.V.C.)
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.	Entrega de soportes en físico y digital de las visitas realizadas por tenencia adecuada de animales y observaciones realizadas a animales agresores para el evento 307
3	Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.	Cronogramas de Julio del 2018 entregados en físico y en medio magnético de las localidades Los Mártires, La Candelaria, Santa Fe, Antonio Nariño y Rafael Uribe
4	Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estandares de habilitacion y acreditacion de los servicios de salud	realizar las actividades correspondiente al objeto del contrato de acuerdo a los lineamientos emitidos por la secretaria de salud
5	realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal	realizar las visitas de inspeccion vigilancia y control de acuerdo con lo establecido en el anexo operativo
6	diligenciar de manera completa , ordenada, adecuada y legible todos los formatos requeridos en las diferente4s intervenciones de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componenete transversal	entrega de soportes diligenciados completamente, legibles y con todos los formatos requeridos para a actividad

Observaciones:

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

Firma del Contratista

C.C. 52.487.872 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	Javier Ricardo Pettuela Pérez
CARGO:	Coordinador Área de Vigilancia de la Salud Ambiental
FIRMA	

NOV 13 2018 18:15:45 REMICT 8.11
EXITO SUBA
AVC 145 105B-58
CORRESPONSAL
BANCO DE OCCIDENTE
C.UNICO: 0011426855 TER: 26855008
C.BANC: 0023
ID CAJERO: 0052803821
RECIBO: 018972 RRN: 043220
RECAUDO APRO: 432145
SERVICIO: 1138
FACTURA: 0000000000000008330975574
** PAGO FACTURA **
TRANSACCION EXITOSA
RECAUDO $ 371.300

BANCO DE OCCIDENTE es responsable por los servicios prestados por el CB. El CB no puede prestar servicios financieros por su cuenta.
Para reclamos comuniquese al:
01 8000514652
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 ***

NOV 13 2018 - 18:14:56

EXITO SUBA
TEL 3906464 EX 209301

177375 PILA COMPENSAR 371.300
Factura: 8330975574
**** SUBTOTAL/TOTAL >>>> $ **371.300**
EFECTIVO 375.000
FACTURAS APROBADAS
Fac.8330975574 Apro:432145 BANCO:0023
CAMBIO 3.700

DISCRIMINACION TARIFAS IVA

TARIFA	COMPRA	BASE/IMP.	IVA
=00%	371300	371300	0
TOTAL=	371300	371300	0

TIQUETE :0093 0540242881
RES.DIAN# 18762009878763 DE28/AGO/2018
RANG.AUT.0093 0540234630 al 0549999999
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

13/NOV/2018 18:15 0093 54 0132 3821

093 VYOWD

Señor(a): ANGELICA MARIA MENDEZ CARMONA
No. Identificación: CC 52487872
Dirección: CARRERA 112 A # 142 - 37
Teléfono: 4731420 **Fax:**
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla 8330975574

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	ANGELICA MARIA MENDEZ CARI
Tipo y Número de Identificación	CC 52487872
Número Planilla	8330975574
Fecha de Pago	11/14/2018
Número de Autorización de Pago	37056595
Banco	1023
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
EPS017	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	$150.000	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 52487872
APELLIDOS Y NOMBRES MENDEZ CARMONA ANGELICA MARIA

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACIÓN SALUD	COTIZACIÓN PENSIÓN	COTIZACIÓN RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD
EPS017	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

PAGADO 8330975574

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-4994-2018	**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 AMBIENTAL PUBLICA-SUBRED CENTRO ORIENTE

Nombre del Contratista: ANGELICA MARIA MENDEZ CARMONA **C.C.** 52.487.872 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2018-07-09 **Fecha Terminación Inicial:** 2018-08-08 **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	2018-08-09	2018-09-08
2	$ 12.000.000	2857	2018-09-09	2019-01-09
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	$ 2.053.333	$ 254.300	23798391/29038909
2	AGOSTO	$ 2.800.000	$ 346.500	29278966
3	SEPTIEMBRE	$ 3.000.000	$ 371.300	8330098439
4	OCTUBRE	$ 3.000.000	$ 371.300	SEPTIEMBRE 8330098439
5	NOVIEMBRE	$ 3.000.000	$ 371.300	8330975574 OCTUBRE
6	DICIEMBRE	$ 3.000.000	$ 371.300	8331650477 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	$ 17.600.000	$ 16.853.333	$ 746.667

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN MEDICINA VETERINARIA 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 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.	Apropiación fichas técnicas y anexos a Guia operativa en vigilancia en Salud Publica de eventos transmisible y de origen Zoonótico. Realizar visitas a animal agresor, Control de vectores plaga y visitas por tenencia adecuada de animales. Proceso de inducción del nuevo modelo de salud de Bogotá, Subred Centro Oriente. Realizar visitas de control a establecimientos que prestan servicios a animales de compañia (I.V.C.)
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.	Entrega de soportes en fisico y digital de las visitas realizadas por tenencia adecuada de animales y observaciones realizadas a animales agresores para el evento 307
3	Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.	Cronogramas enero 2019 entregados en fisico y en medio magnético de las localidades Los Mártires, La Candelaria, Santa Fe, Antonio Nariño, Rafael Uribe y san cristobal
4	Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estandares de habilitacion y acreditacion de los servicios de salud	realizar las actividades correspondiente al objeto del contrato de acuerdo a los lineamientos emitidos por la secretaria de salud
5	realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal	realizar las visitas de inspeccion vigilancia y control de acuerdo con lo establecido en el anexo operativo
6	diligenciar de manera completa , ordenada, adecuada y legible todos los formatos requeridos en las diferente4s intervenciones de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componenete transversal	entrega de soportes diligenciados completamente, legibles y con todos los formatos requeridos para a actividad

Observaciones:

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

Firma del Contratista

C.C. 52.487.872 de BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	Javier Ricardo Peñuela Pérez
CARGO:	Coordinador Área de Vigilancia de la Salud Ambiental
FIRMA	

Señor(a): ANGELICA MARIA MENDEZ CARMONA
No. Identificación: CC 52487872
Dirección: CARRERA 112 A # 142 - 37
Teléfono: 4731420 **Fax:**
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla 8331650477

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	ANGELICA MARIA MENDEZ CARI
Tipo y Número de Identificación	CC 52487872
Número Planilla	8331650477
Fecha de Pago	12/12/2018
Número de Autorización de Pago	31650477
Banco	1052
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 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
EPS017	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	$150.000	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 52487872
APELLIDOS Y NOMBRES MENDEZ CARMONA ANGELICA MARIA

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACIÓN SALUD	COTIZACIÓN PENSIÓN	COTIZACIÓN RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD
EPS017	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

Banco AV Villas

COMPROBANTE PAGO DE PLANILLA ASISTIDA PILA

Número identificación del Aportante / Pin Único: 52487872

Valor a Pagar $: 371-300

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

PAGO CON NÚMERO DE PLANILLA

Número de Planilla: 8331650477

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

PAGO CON PIN ÚNICO

Operador de Información:

Periodo de Cotización a Pagar: Año 2018 Mes 11

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

AUT 666 20181211 17:29 SC 877 LINEA A
VR PAGADO: 371,300.00
NOMBRE:COMPENSAR
CLAVE:8331650477 0
ID:52487872
Fecha Aplicación:20181212 PIN:173001
Estimado cliente: Verifique los datos de su pago. Después de retirarse de la ventanilla no se aceptan reclamos.

FORTECO S.A.