4459

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 4459 2018	**C.D.P. No.:**	2423	**Proceso al que pertenece:**	PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PSPIC
				Unidad a la que pertenece:	SALUD PUBLICA- ESPACIO EDUCACION

Nombre del Contratista:	MAYELIN DEL CARMEN MUÑOZ LUNA	**C.C.**	1.101.443.195	**de:**	SAN ONOFRE- SUCRE		
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	$ 311.900	42280061.36
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 FISIOTERAPIA DESARROLLANDO ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E S E.

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

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFDS y la E S E.	Estrategia Sintonizarte Acciones en IED priorizadas, concertacion de espacios, cumplir con el direccionamiento del lineamiento en el perfil de Fisioterapia
2	Apoyar la prestacion de servicios en el PIC, presentando la informacion y/o soportes que soliciten y que corresponde al objeto y/o actividades contractualkes y de acuerdo a los anexos y lineamientos contenidos en el copntrato suscrito con el FFDS.	Reuniones, encuentros con el espacio educativo, jornadas.
3	Presentar el cronograma de actividades a desarrollar contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.	Diligenciamiento de cronograma mensualmente en el que se consignan las actividades programasdas durante el mes siguiente acordes a las acciones establecidas en el lineamiento.
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

Mayelin Muñoz Luna
Firma del Contratista

C.C. 1.101.443.195 **de** SAN ONOFRE- SUCRE

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	JHONNY HERNANDEZ
CARGO:	LIDER DE ESPACIO EDUCACION
FIRMA	

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1101443195
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			MAYELIN DEL CARMEN MUNOZ LUNA
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CLL 77 BIS A 114 10	TELÉFONO:	3042850
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Personas Naturales sin Actividad Económica
FORMA DE PRESENTACIÓN:	UNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA							
NÚMERO PLANILLA:	4228006136	TIPO DE PLANILLA:				I-INDEPENDIENTES	
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	Julio	AÑO	2018	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	Julio	AÑO	2018
DÍAS DE MORA:				0					
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2018/07/16	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			9990104166				

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
231001	231001-COLFONDOS	1	$ 161,300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 161,300	$ 0	$ 161,300
SUBTOTALES:										**$ 161,300**	**$ 0**	**$ 161,300**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 126,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 126,000	$ 0	$ 0	$ 126,000
SUBTOTALES:													**$ 126,000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 126,000**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-7	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 24,600	$ 24,600	$ 0	$ 0	$ 24,600
SUBTOTALES:									**$ 24,600**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 24,600**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES				
																										PENSIÓN								SALUD						ARP										
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	SAL INTEGRAL	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1101443195	MUOZ LUNA MAYELIN DEL CARMEN	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1,008,000				NO																	231001-COLFONDOS	30	$ 1,008,000	$ 161,300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 161,300	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1,008,000	$ 126,000	$ 0	$ 126,000	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	30	$ 1,008,000	110144319	$ 24,600	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 311.900

Planilla Pagada

EMPRESA: EFECTIVO LTDA.
NIT.830.131.993-1
Calle 96 No. 12-55 Bogota

ORDEN DE SERVICIO

No OS: 8605511473 DV: 523361

Cajero: ANJONGAR

Cliente beneficiario:
110263 PILA RECAUDO

Fecha: 14/07/2018 14:03:08

PS Recaudador:
902141 GALAN CALLE 3

Cantidad cupones: 1

Identificacion: 1101443195

Nombre: MAYELIN
Apellido 1: MUÑOZ
Apellido 2: LUNA
TIPO DOCUMENTO: CEDULA DE CIUDADANIA
TELEFONO: 3125561040
Codigo Planilla: 4228005136
Periodo Pago: 2018/07
Valor Comision: 0
Valor Iva Comision: 0

Referencia	Valor
1101443195	$311.900,00

Valor recibido: $311.900,00
Forma de pago: EFECTIVO

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.
Con la solicitud y aceptacion de mi parte, de la prestacion de este servicio, entiendase que manifiesto verbalmente mi autorizacion para el tratamiento de los datos personales que voluntariamente he entregado a Efectivo Ltda., Estos datos pueden ser utilizados unica y exclusivamente para la prestacion del servicio convenido.
Linea de servicio al cliente: (1) 6510101
servicioalcliente@efecty.com.co
www.efecty.com.co

4459

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 4459 2018	**C.D.P. No.:**	2423	**Proceso al que pertenece:**	PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PSPIC
				Unidad a la que pertenece:	SALUD PUBLICA- ESPACIO EDUCACION

Nombre del Contratista: MAYELIN DEL CARMEN MUÑOZ LUNA **C.C.** 1.101.443.195 **de:** SAN ONOFRE- SUCRE

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	$ 311.900	4228006136
2	AGOSTO	$ 2.800.000	$ 346.500	4235511253
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 FISIOTERAPIA 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 las actividades en el marco del contrato suscrito con FFDS y la E.S.E.	Estrategia Sintonizarte Acciones en IED priorizadas, concertacion de espacios, cumplir con el direccionamiento del lineamiento en el perfil de Fisioterapia.
2	Apoyar la prestacion de servicios en el PIC, presentando la informacion y/o soportes que soliciten y que corresponde al objeto y/o actividades contractualkes y de acuerdo a los anexos y lineamientos contenidos en el copntrato suscrito con el FFDS.	Reuniones, encuentros con el espacio educativo, jornadas.
3	Presentar el cronograma de actividades a desarrollar contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.	Diligenciamiento de cronograma mensualmente en el que se consignan las actividades programasdas durante el mes siguiente acordes a las acciones establecidas en el lineamiento.
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

Mayelin Muñoz Luna

Firma del Contratista

C.C. 1.101.443.195 **de** SAN ONOFRE- SUCRE

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	JHONNY HERNANDEZ
CARGO:	LIDER DE ESPACIO EDUCACION
FIRMA	

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1101443195	
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:		MAYELIN DEL CARMEN MUNOZ LUNA ...	
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL	
DIRECCIÓN:	CLL 77 BIS A 114 10 TELÉFONO:	3042850	
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE	
TIPO EMPRESA:	PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA:	Personas Naturales sin Actividad Económica	
FORMA DE PRESENTACIÓN:	UNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):		NO	

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	4235511253	TIPO DE PLANILLA:						I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES agosto	AÑO 2018	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:		MES agosto	AÑO		2018
DÍAS DE MORA:	0							
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2018/08/17	NÚMERO AUTORIZACIÓN:						99906089S2

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
231001	231001-COLFONDOS	1	$ 179.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 179.200	$ 0	$ 179.200
SUBTOTALES:										**$ 179.200**	**$ 0**	**$ 179.200**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 140.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 140.000	$ 0	$ 0	$ 140.000
SUBTOTALES:													**$ 140.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 140.000**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-7	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 27.300	$ 27.300	$ 0	$ 0	$ 27.300
SUBTOTALES:									**$ 27.300**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 27.300**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																	SEGURIDAD SOCIAL																PARAFISCALES							
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	SAL INTEGRAL	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN						SALUD						ARP						CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU	
																									ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1101443195	MUÑOZ LUNA MAYELIN DEL CARMEN	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.008.000			NO							X									231001-COLFONDOS	30	$ 1.120.000	$ 179.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 179.200	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.120.000	$ 140.000	$ 0	$ 140.000	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	30	$ 1.120.000	$ 110144319	$ 27.300		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0			

TOTAL	$ 346.500

EMPRESA: EFECTIVO LTDA.
NIT.830.131.993-1
Calle 96 No. 12-55 Bogota

ORDEN DE SERVICIO

No OS: 8616544735 DV: 330989

Cajero: LUDAVAL

Cliente beneficiario:
110263 PILA RECAUDO

Fecha: 17/08/2018 09:46:00

PS Recaudador:
901072 20 DE JULIO EXITO::

Cantidad cupones: 1

Identificacion: 1101443195

Nombre: KAYELIN
Apellido 1: MUNOZ
Apellido 2: NNA
TIPO DOCUMENTO: CEDULA DE CIUDADANIA
TELEFONO: 3125561840
Codigo Planilla: 4235511253
Periodo Pago: 2018/08
Valor Comision: 0
Valor Iva Comision: 0

Referencia	Valor
1101443195	$346.500,00

Valor recibido: $346.500,00
Forma de pago: EFECTIVO

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario
Conserva este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.
Con la solicitud y aceptacion de mi parte, de la prestacion de este servicio, entiendase que manifiesto verbalmente mi autorizacion para el tratamiento de los datos personales que voluntariamente he entregado a Efectivo Ltda., Estos datos pueden ser utilizados unica y exclusivamente para la prestacion del servicio convenido.
Linea de servicio al cliente: (1) 6510101
servicioalcliente@efecty.com.co
www.efecty.com.co

4457

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 4459 2018	**C.D.P. No.:**	2423	**Proceso al que pertenece:**	PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PSPIC
				Unidad a la que pertenece:	SALUD PUBLICA- ESPACIO EDUCACION

Nombre del Contratista: MAYELIN DEL CARMEN MUNOZ LUNA **C.C.** 1.101.443.195 **de:** SAN ONOFRE- SUCRE

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

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 2.800.000	2667	2018-08-04	2018-09-03
2	$ 12.020.000	2857	2018-09-04	2019-01-03
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	JULIO	$ 2.520.000	$ 311.900	4228006136
2	AGOSTO	$ 2.800.000	$ 346.500	4235511253
3	SEPTIEMBRE	$ 3.000.000	$ 346.500	4235511253
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 2.800.000	$ 17.620.000	$ 8.320.000	$ 9.300.000

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO FISIOTERAPEUTA DESARROLLANDO ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2018-09-01 **Hasta:** 2018-09-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	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 habilitación y acreditación de servicios de salud.	Estrategia Sintonizarte Acciones en IED priorizadas, concertacion de espacios, cumplir con el direccionamiento del lineamiento en el perfil de Fisioterapia.
2	Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacios de vida o componente transversal.	Reuniones, encuentros con el espacio educativo, jornadas.
3	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.	Diligenciamiento de cronograma mensualmente en el que se consignan las actividades programadas durante el mes siguiente acordes a las acciones establecidas en el lineamiento.
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 buscarla con la primera cuenta de cobro

Mayelin Muñoz Luna

Firma del Contratista

C.C. 1.101.443.195 de SAN ONOFRE- SUCRE

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	JHONNY HERNANDEZ
CARGO:	LIDER DE ESPACIO EDUCACION
FIRMA	

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1101443195
NOMBRE O RAZON SOCIAL:			MAYELIN DEL CARMEN MUNOZ LUNA ...
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CLL 77 BIS A 114 10	TELÉFONO:	3042950
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Personas Naturales sin Actividad Económica
FORMA DE PRESENTACIÓN	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NUMERO PLANILLA:	42355112	53	TIPO DE PLANILLA:				I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS:	MES	agosto	AÑO	2018	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	agosto	AÑO	2018
DIAS DE MORA:				0					
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):				2018/09/17	NUMERO AUTORIZACIÓN:				990808962

TOTAL APORTES A PENSIÓN

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FEP SOLIDARIDAD	FEP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
231001	231001-COLFONDOS	1	$ 179.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 179.200	$ 0	$ 179.200
SUBTOTALES:										**$ 179.200**	**$ 0**	**$ 179.200**

TOTAL APORTES A SALUD

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN UPC	MORA COTIZACIÓN	MORA UPC	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 140.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 140.000	$ 0	$ 0	$ 140.000
SUBTOTALES:													**$ 140.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 140.000**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP VALOR	INCAPACIDAD IRP PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
14-7	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 27.300	$ 27.300	$ 0	$ 0	$ 27.300
SUBTOTALES:									**$ 27.300**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 27.300**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

Nº	DATOS DEL COTIZANTE: IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	NOVEDADES: SAL INTEGRAL	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC 1101443195	MUNOZ LUNA MAYELIN DEL CARMEN	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		$ 1.000.000			NO								X									

Nº	SEGURIDAD SOCIAL: PENSIÓN FEP ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FEP SUBSISTENCIA	FEP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	SALUD ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACION	Vr UPC	TOTAL APORTE	ARP ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	PARAFISCALES DIAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	231001-COLFONDOS	30	$ 1.120.000	$ 179.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 179.200	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.120.000	$ 140.000	$ 0	$ 140.000	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	30	$ 1.120.000	110144319	$ 27.300	$ 0							

TOTAL	**$ 346.500**

Planilla Pagada

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 4459 2018	**C.D.P. No.:**	2423	**Proceso al que pertenece:**	PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PSPIC
				Unidad a la que pertenece:	SALUD PUBLICA- ESPACIO EDUCACION

Nombre del Contratista: MAYELIN DEL CARMEN MUÑOZ LUNA **C.C.** 1.101.443.195 **de:** SAN ONOFRE- SUCRE

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

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 2.800.000	2667	2018-08-04	2018-09-03
2	$ 12.020.000	2857	2018-09-04	2019-01-03
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	JULIO	$ 2.520.000	$ 311.900	4228006136
2	AGOSTO	$ 2.800.000	$ 346.500	4235511253
3	SEPTIEMBRE	$ 3.000.000	$ 346.500	4235511253
4	OCTUBRE	$ 3.000.000	$ 371.300	4243706349
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	$ 11.320.000	$ 6.300.000

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO FISIOTERAPEUTA 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 FFD y la E.S.E.	Estrategia Sintonizarte Acciones en IED priorizadas, concertacion de espacios, cumplir con el direccionamiento del lineamiento en el perfil de Fisioterapia.
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.	Estrategia Sintonizarte Acciones en IED priorizadas, concertacion de espacios, cumplir con el direccionamiento del lineamiento en el perfil de Fisioterapia.
3	Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.	Diligenciamiento de cronograma mensualmente en el que se consignan las actividades programasdas durante el mes siguiente acordes a las acciones establecidas en el lineamiento.
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	Reuniones, encuentros con el espacio educativo, jornadas.
5	Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal.	Asistir a colegios, del espacio educativo.
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.	Diligenciamiento de soportes como actas, listados de asitencia colectiva, registros fotograficos.

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

Mayelin Muñoz Luna
Firma del Contratista

C.C. 1.101.443.195 **de** SAN ONOFRE- SUCRE

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	JHONNY HERNANDEZ
CARGO:	LIDER DE ESPACIO EDUCACION
FIRMA	

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 1101443195

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1101443195
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			MAYELIN DEL CARMEN MUNOZ LUNA
CIUDAD/MUNICIPIO:		DEPARTAMENTO:	
DIRECCIÓN:	CLL 77 BIS A 114 10	TELÉFONO:	3042850
TIPO APORTANTE:	INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	
TIPO EMPRESA:		ACTIVIDAD ECONOMICA:	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS DEL COTIZANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1101443195
APELLLIDOS:	MUOZ LUNA	NOMBRES:	MAYELIN DEL CARMEN
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
TIPO COTIZANTE:	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS	SUBTIPO COTIZANTE:	
COLOMBIANO RESIDENTE EN EL EXTERIOR:	NO	EXTRANJERO NO OBLIGADO A COTIZAR PENSIÓN:	NO
SALARIO INTEGRAL:	NO		
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

PLANILLA No: **4243706349** | TIPO DE PLANILLA: I | PERIODO COTIZACION OTROS SUBSISTEMAS: septiembre - 2018 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: septiembre - 2018 | FECHA DE PAGO: 18/10/2018 | FORMA DE PRESENTACIÓN APORTANTE: ÚNICO

	NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES							
																	PENSIÓN									SALUD								ARP				CCF			SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
SALARIO BÁSICO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
$ 1.120.000								X									231001-COLFONDOS	30	$ 1.200.000	$ 192.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 192.000	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.200.000	$ 150.000	$ 0	$ 150.000	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	30	$ 1.200.000	110144319	$ 29.300		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 371.300

PLANILLA No: **4235511253** | TIPO DE PLANILLA: I | PERIODO COTIZACION OTROS SUBSISTEMAS: agosto - 2018 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: agosto - 2018 | FECHA DE PAGO: 17/08/2018 | FORMA DE PRESENTACIÓN APORTANTE: ÚNICO

	NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES							
																	PENSIÓN									SALUD								ARP				CCF			SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
SALARIO BÁSICO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
$ 1.008.000								X									231001-COLFONDOS	30	$ 1.120.000	$ 179.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 179.200	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.120.000	$ 140.000	$ 0	$ 140.000	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	30	$ 1.120.000	110144319	$ 27.300		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 346.500

PLANILLA No: **4228006136** | TIPO DE PLANILLA: I | PERIODO COTIZACION OTROS SUBSISTEMAS: julio - 2018 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: julio - 2018 | FECHA DE PAGO: 16/07/2018 | FORMA DE PRESENTACIÓN APORTANTE: ÚNICO

	NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES							
																	PENSIÓN									SALUD								ARP				CCF			SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
SALARIO BÁSICO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
$ 1.008.000																	231001-COLFONDOS	30	$ 1.008.000	$ 161.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 161.300	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.008.000	$ 126.000	$ 0	$ 126.000	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	30	$ 1.008.000	110144319	$ 24.600		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 311.900

PLANILLA No: **4220392029** | TIPO DE PLANILLA: I | PERIODO COTIZACION OTROS SUBSISTEMAS: junio - 2018 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: junio - 2018 | FECHA DE PAGO: 18/06/2018 | FORMA DE PRESENTACIÓN APORTANTE: ÚNICO

	NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES							
																	PENSIÓN									SALUD								ARP				CCF			SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
SALARIO BÁSICO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
$ 1.120.000																	231001-COLFONDOS	30	$ 1.120.000	$ 179.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 179.200	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.120.000	$ 140.000	$ 0	$ 140.000	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	30	$ 1.120.000	110144319	$ 27.300		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 346.500

PLANILLA No: **4220336137** | TIPO DE PLANILLA: I | PERIODO COTIZACION OTROS SUBSISTEMAS: mayo - 2018 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: mayo - 2018 | FECHA DE PAGO: 16/05/2018 | FORMA DE PRESENTACIÓN APORTANTE: ÚNICO

	NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES							
																	PENSIÓN									SALUD								ARP				CCF			SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
SALARIO BÁSICO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
$ 1.120.000																	231001-COLFONDOS	30	$ 1.120.000	$ 179.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 179.200	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.120.000	$ 140.000	$ 0	$ 140.000	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	30	$ 1.120.000	110144319	$ 27.300		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 346.500

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
CERTIFICADO HISTORICO DE PAGOS

El servicio de liquidación SOI certifica que MAYELIN DEL CARMEN MUNOZ LUNA .., identificado con documento CEDULA DE CIUDADANIA 1101443195, ha realizado el pago de aportes a la Seguridad Social de sus empleados para los periodos que se relacionan a continuación:

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1101443195
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			MAYELIN DEL CARMEN MUNOZ LUNA ..
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CLL 77 BIS A 114 10	TELÉFONO:	3042850
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Personas Naturales sin Actividad Económica
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		

INFORMACIÓN HISTÓRICA DE PAGOS

PERIODO DE PAGO	No PLANILLA	FECHA DE PAGO (aaaa/mm/dd)	TIPO DE PLANILLA	VALOR PAGADO
SEPTIEMBRE 2018-SEPTIEMBRE	4243706349	2018/10/18	I-INDEPENDIENTES	$ 371.300

EMPRESA: EFECTIVO LTDA.
NIT.830.131.993-1
Calle 96 No. 12-55 Bogota

ORDEN DE SERVICIO

No OS: 8637810944 DV: 463557

Cajero: MECAVIGA

Cliente beneficiario:
110263 PILA RECAUDO

Fecha: 17/10/2018 18:35:27

PS Recaudador:
010881 VILLAS DE GRANADA ::

Cantidad cupones: 1

Identificacion: 1101443195

Nombre:	MAYELIN
Apellido 1:	MUÑOZ
Apellido 2:	NAA
TIPO DOCUMENTO:	CEDULA DE CIUDADANIA
TELEFONO:	3123561840
Codigo Planilla:	424370634
Periodo Pago:	2018/09
Valor Comision:	0
Valor Iva Comision:	0

Referencia	Valor
1101443195	$371,300.00

Valor recibido: $371,300.00
Forma de pago: EFECTIVO

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.
Con la solicitud y aceptacion de mi parte, de la prestacion de este servicio, entiendase que manifiesto verbalmente mi autorizacion para el tratamiento de los datos personales que voluntariamente he entregado a Efectivo Ltda., Estos datos pueden ser utilizados unica y exclusivamente para la prestacion del servicio convenido.
Linea de servicio al cliente: (1) 6510101
servicioalcliente@efecty.com.co
www.efecty.com.co

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 4459 2018 **C.D.P. No.:** 2423 **Proceso al que pertenece:** PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PSPIC
Unidad a la que pertenece: SALUD PUBLICA- ESPACIO EDUCACION

Nombre del Contratista: MAYELIN DEL CARMEN MUÑOZ LUNA **C.C.** 1.101.443.195 **de:** SAN ONOFRE- SUCRE

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

ADICIÓN / OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 2.800.000	2667	2018-08-04	2018-09-03
2	$ 12.020.000	2857	2018-09-04	2019-01-03
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD	NÚMERO DE PLANILLA
1	JULIO	$ 2.520.000	$ 311.900	4228006136
2	AGOSTO	$ 2.800.000	$ 346.500	4235511253
3	SEPTIEMBRE	$ 3.000.000	$ 346.500	4235511253
4	OCTUBRE	$ 3.000.000	$ 371.300	4243706349
5	NOVIEMBRE	$ 3.000.000	$ 371.300	4248234941
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Resumen de contrato	VALOR INICIAL DEL	VALOR TOTAL DEL	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
	$ 2.800.000	$ 17.620.000	$ 14.320.000	$ 3.300.000

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO FISIOTERAPEUTA 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 p **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 E.S.E.	Estrategia Sintonizarte Acciones en IED priorizadas, concertacion de espacios, cumplir con el direccionamiento del lineamiento en el perfil de Fisioterapia.
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.	Estrategia Sintonizarte Acciones en IED priorizadas, concertacion de espacios, cumplir con el direccionamiento del lineamiento en el perfil de Fisioterapia.
3	Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.	Diligenciamiento de cronograma mensualmente en el que se consignan las actividades programasdas durante el mes siguiente acordes a las acciones establecidas en el lineamiento.
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	Reuniones, encuentros con el espacio educativo, jornadas.
5	Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal.	Asistir a colegios, del espacio educativo.
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	Diligenciamiento de soportes como actas, listados de asitencia colectiva, registros fotograficos.

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

Mayelin Muñoz Luna

Firma del Contratista

C.C. 1.101.443.195 **de** SAN ONOFRE- SUCRE

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	JHONNY HERNANDEZ
CARGO:	LIDER DE ESPACIO EDUCACION
FIRMA	

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1101443195
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			MAYELIN DEL CARMEN MUNOZ LUNA ...
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CLL 77 BIS A 114 10	TELÉFONO:	3042850
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Personas Naturales sin Actividad Económica
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	4248234941	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIEN				
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES octubre	AÑO 2018	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES octubre	AÑO		2
DÍAS DE MORA:	0						
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2018/11/16	NÚMERO AUTORIZACIÓN:					9991902

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
231001	231001-COLFONDOS	1	$ 192.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 192.000	$ 0	$
SUBTOTALES:										**$ 192.000**	**$ 0**	**$**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 150.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 150.000	$ 0	$ 0	$
SUBTOTALES:													**$ 150.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-7	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 29.300	$ 29.300	$ 0	$ 0	$
SUBTOTALES:									**$ 29.300**	**$ 0**	**$ 0**	**$**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																		SEGURIDAD SOCIAL																								PARAFISCALES									
																												PENSIÓN							SALUD						ARP																							
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	SAL INTEGRAL	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	M
1	CC 1101443195	MUÑOZ LUNA MAYELIN DEL CARMEN	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.200.000				NO																		231001-COLFONDOS	30	$ 1.200.000	$ 192.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 192.000	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.200.000	$ 150.000	$ 0	$ 150.000	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	30	$ 1.200.000	110144319	$ 29.300	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0		

TOTAL	$ 371

2018/11/16 3:45 PM USUARIO: SOI JSOSA

EMPRESA: EFECTIVO LTDA.
NIT.830.131.999-1
Calle 95 No. 12 55 Bogota

ORDEN DE SERVICIO

No OS: 864896.50 OV: 255453

Cajero: NEJOCOSCA

Cliente beneficiario:
110263 PILA RECAUDO

Fecha: 16/11/2018 15:44:44

PS Recaudador:
991314 BARRIO CALLE 67

Cantidad cupones. 1

Identificacion: 1101443195

Nombre:	MAYELIN
Apellido 1:	MUNOZ
Apellido 2:	NA
TIPO DOCUMENTO:	CEDULA DE CIUDADANIA
TELEFONO:	3123561846
Codigo Planilla:	4348234941
Periodo Pago:	2018/10
Valor Comision.	0
Valor Iva Comision:	0
Referencia	Valor
1101443195	$371.300,00

Valor recibido. $371.300,00
Forma de pago: EFECTIVO

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.
Con la solicitud y aceptacion de su parte, de la prestacion de este servicio, enfatizando que manifiesta verbalmente su autorizacion para el tratamiento de los datos personales que voluntariamente ha entregado a Efectivo ltda., Estos datos pueden ser utilizados unica y exclusivamente para la prestacion del servicio convenido.
Linea de servicio al cliente: (1) 6510101
servicioalcliente@efecty.com.co
www.efecty.com.co

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 1101443195

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1101443195
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			MAYELIN DEL CARMEN MUNOZ LUNA ..
CIUDAD/MUNICIPIO:		DEPARTAMENTO:	
DIRECCIÓN:	CLL 77 BIS A 114 10	TELÉFONO:	3042850
TIPO APORTANTE:	INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	
TIPO EMPRESA:		ACTIVIDAD ECONOMICA:	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS DEL COTIZANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1101443195
APELLIDOS:	MUOZ LUNA	NOMBRES:	MAYELIN DEL CARMEN
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
TIPO COTIZANTE:	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS	SUBTIPO COTIZANTE:	
COLOMBIANO RESIDENTE EN EL EXTERIOR:	NO	EXTRANJERO NO OBLIGADO A COTIZAR PENSIÓN:	NO
SALARIO INTEGRAL:	NO		
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

PLANILLA No: **4248234941** | TIPO DE PLANILLA: I | PERIODO COTIZACION OTROS SUBSISTEMAS: octubre - 2018 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: octubre - 2018 | FECHA DE PAGO: 16/11/2018 | FORMA DE PRESENTACIÓN APORTANTE: UNICO

	NOVEDADES																	SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES							
																		PENSIÓN									SALUD							ARP				CCF			SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
SALARIO BÁSICO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
$ 1.200.000																		231001-COLFONDOS	30	$ 1.200.000	$ 192.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 192.000	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.200.000	$ 150.000	$ 0	$ 150.000	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	30	$ 1.200.000	110144319	$ 29.300		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 371.300

PLANILLA No: **4243706349** | TIPO DE PLANILLA: I | PERIODO COTIZACION OTROS SUBSISTEMAS: septiembre - 2018 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: septiembre - 2018 | FECHA DE PAGO: 18/10/2018 | FORMA DE PRESENTACIÓN APORTANTE: UNICO

	NOVEDADES																	SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES							
																		PENSIÓN									SALUD							ARP				CCF			SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
SALARIO BÁSICO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
$ 1.120.000								X										231001-COLFONDOS	30	$ 1.200.000	$ 192.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 192.000	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.200.000	$ 150.000	$ 0	$ 150.000	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	30	$ 1.200.000	110144319	$ 29.300		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 371.300

PLANILLA No: **4235511253** | TIPO DE PLANILLA: I | PERIODO COTIZACION OTROS SUBSISTEMAS: agosto - 2018 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: agosto - 2018 | FECHA DE PAGO: 17/09/2018 | FORMA DE PRESENTACIÓN APORTANTE: UNICO

	NOVEDADES																	SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES							
																		PENSIÓN									SALUD							ARP				CCF			SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
SALARIO BÁSICO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
$ 1.008.000								X										231001-COLFONDOS	30	$ 1.120.000	$ 179.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 179.200	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.120.000	$ 140.000	$ 0	$ 140.000	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	30	$ 1.120.000	110144319	$ 27.300		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 346.500

PLANILLA No: **4228006136** | TIPO DE PLANILLA: I | PERIODO COTIZACION OTROS SUBSISTEMAS: julio - 2018 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: julio - 2018 | FECHA DE PAGO: 16/07/2018 | FORMA DE PRESENTACIÓN APORTANTE: UNICO

	NOVEDADES																	SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES							
																		PENSIÓN									SALUD							ARP				CCF			SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
SALARIO BÁSICO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
$ 1.008.000																		231001-COLFONDOS	30	$ 1.008.000	$ 161.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 161.300	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.008.000	$ 126.000	$ 0	$ 126.000	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	30	$ 1.008.000	110144319	$ 24.600		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 311.900

PLANILLA No: **4220392029** | TIPO DE PLANILLA: I | PERIODO COTIZACION OTROS SUBSISTEMAS: junio - 2018 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: junio - 2018 | FECHA DE PAGO: 18/06/2018 | FORMA DE PRESENTACIÓN APORTANTE: UNICO

	NOVEDADES																	SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES							
																		PENSIÓN									SALUD							ARP				CCF			SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
SALARIO BÁSICO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
$ 1.120.000																		231001-COLFONDOS	30	$ 1.120.000	$ 179.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 179.200	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.120.000	$ 140.000	$ 0	$ 140.000	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	30	$ 1.120.000	110144319	$ 27.300		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 346.500

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 4459 2018	**C.D.P. No.:**	2423	**Proceso al que pertenece:**	PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PSPIC
				Unidad a la que pertenece:	SALUD PUBLICA- ESPACIO EDUCACION

Nombre del Contratista: MAYELIN DEL CARMEN MUÑOZ LUNA **C.C.** 1.101.443.195 **de:** SAN ONOFRE- SUCRE

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

ADICIÓN/ OTRO	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	NÚMERO DE PLANILLA
1	JULIO	$ 2.520.000	$ 311.900	4228006136
2	AGOSTO	$ 2.800.000	$ 346.500	4235511253
3	SEPTIEMBRE	$ 3.000.000	$ 346.500	4235511253
4	OCTUBRE	$ 3.000.000	$ 371.300	4243706349
5	NOVIEMBRE	$ 3.000.000	$ 371.300	4248234941
6	DICIEMBRE	$ 3.000.000	$ 371.300	4252677981
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Resumen de contrato	VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
	$ 2.800.000	$ 17.620.000	$ 17.320.000	$ 300.000

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO FISIOTERAPEUTA 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 p **Desde:** 2018-12-01 **Hasta:** 2018-12-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la E.S.E.	Estrategia Sintonizarte Acciones en IED priorizadas, concertacion de espacios, cumplir con el direccionamiento del lineamiento en el perfil de Fisioterapia.
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.	Estrategia Sintonizarte Acciones en IED priorizadas, concertacion de espacios, cumplir con el direccionamiento del lineamiento en el perfil de Fisioterapia.
3	Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.	Diligenciamiento de cronograma mensualmente en el que se consignan las actividades programasdas durante el mes siguiente acordes a las acciones establecidas en el lineamiento.
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	Reuniones, encuentros con el espacio educativo, jornadas.
5	Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal.	Asistir a colegios, del espacio educativo.
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.	Diligenciamiento de soportes como actas, listados de asitencia colectiva, registros fotograficos.

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

Mayelin Muñoz Luna

Firma del Contratista

C.C. 1.101.443.195 **de** SAN ONOFRE- SUCRE

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	JHONNY HERNANDEZ
CARGO:	LIDER DE ESPACIO EDUCACION
FIRMA	

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

SOI — Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

PO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA NUMERO DE IDENTIFICACIÓN:		1101443195
ЭMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			MAYELIN DEL CARMEN MUNOZ LUNA ...
UDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
RECCIÓN:	CLL 77 BIS A 114 10	TELÉFONO:	3042850
PO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
PO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Personas Naturales sin Actividad Económica
ЭRMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
PORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		4252677981	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES noviembre	AÑO 2018	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES noviembre	AÑO 2018
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2018/12/13	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9992379372

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
1001	231001-COLFONDOS	1	$ 192.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 192.000	$ 0	$ 192.000
BTOTALES:										$ 192.000	$ 0	$ 192.000

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN UPC	MORA COTIZACIÓN	MORA UPC	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
5005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 150.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 150.000	$ 0	$ 0	$ 150.000
BTOTALES:													$ 150.000	$ 0	$ 0	$ 150.000

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IFP NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IFP VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
7	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 29.300	$ 29.300	$ 0	$ 0	$ 29.300
BTOTALES:									$ 29.300	$ 0	$ 0	$ 29.300

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	SAL INTEGRAL	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VCT	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
CC 1101443195	MUOZ LUNA MAYELIN DEL CARMEN	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.200.000				NO																	

SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN

IDENTIFICACIÓN	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
CC 1101443195	231001-COLFONDOS	30	$ 1.200.000	$ 192.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 192.000

SEGURIDAD SOCIAL — SALUD / ARP

IDENTIFICACIÓN	SALUD ADMIN	SALUD DÍAS COT	SALUD IBC	SALUD COTIZACIÓN	SALUD Vr UPC	SALUD TOTAL APORTE	ARP ADMIN	ARP DÍAS COT	ARP IBC	ARP CENTRO DE TRABAJO	ARP TOTAL APORTE
CC 1101443195	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.200.000	$ 150.000	$ 0	$ 150.000	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	30	$ 1.200.000	110144319	$ 29.300

PARAFISCALES

IDENTIFICACIÓN	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE
CC 1101443195		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 371.300

EMPRESA: EFECTIVO LTDA.
NIT 830.131.993-1
Calle 96 No. 12-55 Bogota

ORDEN DE SERVICIO

No OS: 8658279271 DV: 914618

Cajero: CAANPILO

Cliente beneficiario:
110263 PILA RECAUDO

Fecha: 13/12/2018 16:47:04

PS Recaudador:
902709 EL CEDRO CRA 98

Cantidad cupones: 1

Identificacion: 1101443195

Nombre: MAYELIN
Apellido 1: MUÑOZ
Apellido 2: [illegible]
Tipo DOCUMENTO: CEDULA DE [illegible]
TELEFONO: [illegible]
Codigo Planilla: 425[illegible]
Periodo Pago: 2018/11
Valor Comision: 0
Valor Iva Comision: 0

Referencia	Valor
1101443195	$371.300,00

Valor recibido: $371.300,00
Forma de pago: EFECTIVO

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.
Con la solicitud y aceptacion de mi parte, de la prestacion de este servicio, entiendase que manifiesto verbalmente mi autorizacion para el tratamiento de los datos personales que voluntariamente he entregado a Efectivo Ltda., Estos datos puedan ser utilizados unica y exclusivamente para la prestacion del servicio convenido.
Linea de servicio al cliente: (1) 6510101
servicioalcliente@efecty.com.co
www.efecty.com.co