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 5181 2018 **C.D.P. No.:** 2590 **Proceso al que pertenece:** MISIONAL **Unidad a la que pertenece:** SAN BLAS

Nombre del Contratista: NATALIA PILAR CARDENAS SALCEDO **C.C.** 52.952.504 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2018-07-18 **Fecha Terminación incial:** 2018-08-09 **Valor Mensual:** $ 3.999.000 **Valor a cobrar:** $ 1.225.500

ADICIÓN/ OTRO	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	NÚMERO DE PLANILLA
1	JULIO	$ 1.225.500	$ 227.200	29120616
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
$ 3.999.000	$ 3.999.000	$ 1.225.500	$ 2.773.500

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES, DE MANERA PERSONAL Y AUTONOMA, EN SU CONDICIÓN DE QUIMICO FARMACEUTICO PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LOS PROCESOS DE GESTIÓN DE SERVICIOSCOMPLEMENTARIO, CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2019-07-18 **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	Desarrollar las actividades que se generen directa e indirectamente del	Consulta a usuarios programa de cronicos acerca de manejo de medicamentos, interacciones y
2	Colaborar con la SUBRED, para que el objeto del contrato se cumpla.	Se atendieron 250 usuarios en la consulta farceutica
3	Acatar las instrucciones que durante el	Se registraron la totalidad de las consultas realizadas en la historia clinica
4	No acceder a peticiones o amenazas de quienes actúen por fuera de la	Se atendieron los usuarios de manera calida y segura de acuerdo a protocolos de la subred
5	Tener en cuenta las observaciones y correcciones del supervisor del	
6	Garantizar la calidad de los servicios ofrecidos	
7	Cumplir con las Guías, protocolos y procedimientos implementados	
8	Entregar al Supervisor, una vez finalice el	
9	Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del sistema de	
10	Participar en las actividades de prevención y promoción organizadas	
11	Responder por el deterioro o pérdida de	

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. 52.952.504 **de** BOGOTA

I 1 1
II 1 1
III 2 2
IV 4 4
V 7 7

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	
CARGO:	
FIRMA	

Último ingreso exitoso: 2018-07-29 / 07:56:38 PM | Último ingreso fallido: 2018-06-15 / 11:10:55 AM

Periodo Pensión: Julio 2018. Periodo Salud: Julio 2018. Julio 29 de 2018 / 9:26 PM

Planillas / Resumen de pago

Información básica de la planilla

Empresa:	NATALIA PILAR CARDENAS SALCEDO	**Nit:**	52952504
Tipo planilla:	I	**Periodo liquidación Pensiones**	Julio 2018
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	Julio 2018
Número de radicación:	29120616	**Total a pagar:**	$227.200
Fecha de vencimiento:	04/07/2018	**Total de empleados:**	1
Fecha de pago:	30/07/2018	**Número de administradoras:**	2

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 DAVIVIENDA	**Número de aprobación:**	356331615
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
25-14	900336004	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	1		$0.00	$127,500
EPS005	800251440	Sanitas EPS	1		$0.00	$99,700
						$227,200

*Para el caso de Incapacidades o Licencias, recuerde radicar la(s) misma(s) ante la(s) entidad(es) correspondiente(s) para su reconocimiento y pago.

Exportar a Excel Exportar a PDF

Le informamos que el pago de la planilla No. 29120616, fue posterior a la fecha límite establecida en el Decreto 1670 de 2007. Sin embargo, para las administradoras el recibir el aporte no implica que esté aceptando o se esté allanando a la mora, ya que la Ley establece la obligatoriedad de recibirlo, al igual que para los empleadores y aportantes la obligación de cotizar oportunamente, lo que permite el reconocimiento de las prestaciones económicas (Incapacidades, Licencias de Maternidad y Paternidad), evitando además, el recobro al empleador o trabajador independiente de los servicios prestados durante el periodo de pago extemporáneo.

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

Recuerde verificar por la opción de consultas que su planilla esta PAGADA en el sistema.

Todos los derechos reservados © 2018 - Compensar - Cenet S.A.

compensar miplanilla.com Comfenalco Valle delegante cerocámara ISO / IEC 27001

Último ingreso exitoso: 2018-07-31 / 05:58:39 AM | Último ingreso fallido: 2018-06-15 / 11:10:55 AM

Periodo Pensión: Julio 2018. Periodo Salud: Julio 2018. Julio 31 de 2018 / 6:08 AM

Planillas / Resumen de pago

Información básica de la planilla

Empresa:	NATALIA PILAR CARDENAS SALCEDO	**Nit:**	52952504
Tipo planilla:	N	**Periodo liquidación Pensiones**	Julio 2018
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	Julio 2018
Número de radicación:	29136638	**Total a pagar:**	$19,500
Fecha de vencimiento:	04/07/2018	**Total de empleados:**	1
Fecha de pago:	31/07/2018	**Número de administradoras:**	1

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 DAVIVIENDA	**Número de aprobación:**	356714947
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	$19,500
						$19,500

*Los valores incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos

Le informamos que el pago de la planilla No. 29136638, fue posterior a la fecha límite establecida en el Decreto 1670 de 2007. Sin embargo, para las administradoras el recibir el aporte no implica que esté aceptando o se esté allanando a la mora, ya que la Ley establece la obligatoriedad de recibirlo, al igual que para los empleadores y aportantes la obligación de cotizar oportunamente, lo que permite el reconocimiento de las prestaciones económicas (Incapacidades, Licencias de Maternidad y Paternidad), evitando además, el recobro al empleador o trabajador independiente de los servicios prestados durante el periodo de pago extemporáneo.

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 - Canet S.A.

compensar | miplanilla.com Comfenalco Valle delagente

Powered by Canet Edinet

certicámara.

Acerca de los certificados SSL

ISO / IEC 27001 Icontec Certificado N° SC 3861

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	52952504	NATALIA PILAR CARDENAS SALCEDO		Carrera 54 No. 35-28 Sur	4070268	nataliapilarcardenas@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I -- Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA							
PERIODO COTIZACIÓN				TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	TOTAL A PAGAR
SALUD		DIFERENTE A SALUD					
MES	AÑO	MES	AÑO				
7	2018	7	2018	I	30/07/2018	29120616	$227.200

2018/07/30

356331615

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	97.700	0		0		0	26	2.000	0	99.700	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	125.000	0	0	0	0	26	2.500	0	127.500	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										

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	97.700	99.700
Pensión	1	125.000	127.500
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	222.700	227.200

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	52952504	NATALIA PILAR CARDENAS SALCEDO	Carrera 54 No. 35-28 Sur	4070268	nataliapilarcardenas@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I -- Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA							
PERIODO COTIZACIÓN				TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	TOTAL A PAGAR
SALUD		DIFERENTE A SALUD					
MES	AÑO	MES	AÑO				
7	2018	7	2018	I	30/07/2018	29120616	$227.200

TALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colombia, residente	Estudiante	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC	52952504	CARDENAS SALCEDO NATALIA PILAR	3	0			N									25-14	781.242	125.000	0	0	0	0	EPS005	781.242	97.700		0		0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

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

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: PS 5181 2018 **C.D.P. No.:** **Proceso al que pertenece:** MISIONAL
Unidad a la que pertenece: SAN BLAS

Nombre del Contratista: NATALIA PILAR CARDENAS SALCEDO **C.C.** 52.952.504 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2018-07-18 **Fecha Terminación incial:** 2018-08-09 **Valor Mensual:** $ 3.999.000 **Valor a cobrar:** $ 2.773.500

ADICIÓN/ OTRO	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	NÚMERO DE PLANILLA
1	JULIO	$ 1.225.500	$ 227.200	29120616
2	AGOSTO	$ 2.773.500	$ 530.300	29708274
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
$ 3.999.000	$ 3.999.000	$ 3.999.000	$ 0

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES, DE MANERA PERSONAL Y AUTONOMA, EN SU CONDICIÓN DE QUIMICO FARMACEUTICO PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LOS PROCESOS DE GESTIÓN DE SERVICIOSCOMPLEMENTARIO, CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2019-08-18 **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	Desarrollar las actividades que se generen directa e indirectamente del	Consulta a usuarios programa de cronicos acerca de manejo de medicamentos, interacciones y
2	Colaborar con la SUBRED, para que el objeto del contrato se cumpla.	Se atendieron 250 usuarios en la consulta farceutica
3	Acatar las instrucciones que durante el	Se registraron la totalidad de las consultas realizadas en la historia clinica
4	No acceder a peticiones o amenazas de quienes actúen por fuera de la	Se atendieron los usuarios de manera calida y segura de acuerdo a protocolos de la subred
5	Tener en cuenta las observaciones y correcciones del supervisor del	
6	Garantizar la calidad de los servicios ofrecidos	
7	Cumplir con las Guías, protocolos y procedimientos implementados	
8	Entregar al Supervisor, una vez finalice el	
9	Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del sistema de	
10	Participar en las actividades de prevención y promoción organizadas	
11	Responder por el deterioro o pérdida de	

Observaciones:

Se anexa certificacion 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. 52.952.504 **de** BOGOTA

I 1 1
II 1 1
III 2 2
IV 4 4
V 7 7

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	[illegible]
CARGO:	Enfermera
FIRMA	[illegible]

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	52952504	NATALIA PILAR CARDENAS SALCEDO	Carrera 54 No. 35-28 Sur	4070268	nataliapilarcardenas@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA							
PERIODO COTIZACIÓN				TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	TOTAL A PAGAR
SALUD		DIFERENTE A SALUD					
MES	AÑO	MES	AÑO				
8	2018	8	2018	I	28/08/2018	29708274	$530.300

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	210.000	0		0		0	26	4.200	0	214.200	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	268.800	0	0	0	0	26	5.400	0	274.200	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	41.000				41.000	26	900	41.900			410	41.900	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	210.000	214.200
Pensión	1	268.800	274.200
Riesgos Laborales	1	41.000	41.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	519.800	530.300

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