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-5213-2018 | **C.D.P. No.:** | 2648 | **Proceso al que pertenece:** | PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC |
| | | | | **Unidad a la que pertenece:** | SALUD PUBLICA - ESPACIO PUBLICO |

**Nombre del Contratista:** WILLIAM JAVIER INDABURO CENDALES **C.C.** 80.830.997 **de:** BOGOTA

**Fecha Inicio:** 2018-07-26 **Fecha Terminación inicial:** 2018-08-25 **Valor Mensual:** $ 1.200.000 **Valor a cobrar:** $ 200.000

| 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 | NUMERO DE PLANILLA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | JULIO | $ 200.000 | $ 38.800 | 8483990965 |
| 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 |
|---|---|---|---|
| $ 1.200.000 | $ 1.200.000 | $ 200.000 | $ 1.000.000 |

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

**OBJETO DEL CONTRATO**

PRESTAR SERVICIOS COMO GESTOR COMUNITARIO 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:** 2018-07-26 **Hasta:** 2018-07-30

| | OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta) | DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO (ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN) |
|---|---|---|
| 1 | 1. Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE | Se realizan las acciones para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE, acompañamiento a nuevos familiares, fortalecimiento a grupos de lideres, lideres promotores de la salud, fortalecimiento a familias cuidadoras y fortalecimientos a semilleros de la inclucion y asistencia tecnica de SDS |
| 2 | 2. Apoyar la prestación de servicios en el PIC, presentando la información y/o soportes que soliciten y que corresponde al objeto y/o actividades contractuales y de acuerdo a los anexos y lineamientos contenidos en el Contrato suscrito con el Fondo Financiero Distrital. | Se presenta la informacion y soportes solicitados con el fin de corroborar las actividades contractuales. se apoyan las diferentes acciones inherentes al objeto del contrato en pro del mejoramiento y calidad de los servicios |
| 3 | 3. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato | se presenta el cronograma del mes |
| 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

williamIndaburo
**Firma del Contratista**

**C.C.** 80.830.997 **de** BOGOTA

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS | |
|---|---|
| NOMBRE | ADRIANA HIGUERA GARCIA |
| CARGO | LIDER DEL ESPACIO PUBLICO |
| FIRMA | Adriana Higuera |

DAVIVIENDA

**Pago PSE**

Resultado de su transacción

**Código único CUS**
370252040

**Destino de pago**
COMPENSAR-OI

**Motivo**
MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

**Fecha**
18/09/2018

**Número de aprobación**
00252040

**Dirección IP**
181.144.215.235

**Valor transacción**
$ 19.500,00

| Referencia 1 | Referencia 2 | Referencia 3 |
| --- | --- | --- |
| 10.0.66.134 | CC | 80830997 |

Banco de Bogotá

NIT. 860.002.964-4

Impreso por GRAFICOS E IMPRESIONES S.A.S NIT 900512669-9 - Tel: 57-1 7438970 Ext. 216

Esta transacción está sujeta a verificación posterior. El (los) cheques(s) depositado(s) se reciben "Salvo buen cobro" de manera que la operación solo se entiende efectiva si el (los) cheque(s) es (son) pagado(s) por el (los) banco(s) librados. En caso de que el (los) cheque(s) sea (sean) devuelto(s) sin pago, esta operación se reversará y el (los) título(s) se entregará(n) por parte del Banco al titular de la cuenta en la que se deposita (ron). En consecuencia, el comprobante de pago que se entrega al depositario timbrado por el Banco, no implica constancia de pago respecto a las sumas no consignadas en efectivo.

El pago con tarjeta Débito/Crédito aplica únicamente para convenios de empresas autorizadas. En caso de inconvenientes comuníquese con la entidad emisora de su tarjeta.

## *Comprobante de Recaudos*

**ESPACIO PARA EL TIMBRE**

Banco de Bogota - RECAUDO PILA
2060 B0024502 ****6221 T783
FTx18/09/18 10:20H.N0245 Of Rec y P
201807 84 Aportes en linea
PLANILLA No.00000483990965
Identificacion80830997
VALOR PLANILLA:38.800.00
Cargo Cuenta No.
Valor Efectivo:38,800.00

**Valor $** _____

**Verifique que la información impresa en este formato sea correcta**

21303332 (CRE_FOR_005 V1 25/10/2016)

aportes en línea

# Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 80830997 | | INCABURO CENDALES WILLIAN JAVIER | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | cll 40 sur 89-b 30 cs 112 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 5555555 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2018-07 | 2018-07 | 84839909 65 | 84839909 65 | I | 2018/07/25 | 2018/09/18 | BANCO BOGOTA | 55 | $38,800 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $20,900 | $900 | $0 | $21,800 |
| PROTECCION | 230201 | 800,229,739 | 0 | 1 | $20,900 | $900 | $0 | $21,800 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $16,300 | $700 | $0 | $17,000 |
| COMPENSAR | EPS008 | 860,066,942 | 7 | 1 | $16,300 | $700 | $0 | $17,000 |
| TOTAL | | | | 1 | $37,200 | $1,600 | $0 | $38,800 |

PAGADO



2018/09/18 10:21 AM

aportes en línea

# Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 80830997 | | INDABURO CENDALES WILLIAN JAVIER | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | cll 40 sur 89-b 30 cs 112 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 5555555 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 08-07 | 2018-07 | 8483990965 | 8483990965 | I | 2018/07/25 | 2018/09/18 | BANCO BOGOTA | 55 | $38,800 |

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

| EMPLEADO | | | | PENSION | | | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | | Nombres | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Días | IBC | Aporte |
| Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados) | | | | | | $130,207 | $20,900 | | | $130,207 | $16,300 | | | $0 | $0 | | | $0 | $0 | | $0 | $0 |
| Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados) | | | | | | $130,207 | $20,900 | | | $130,207 | $16,300 | | | $0 | $0 | | | $0 | $0 | | $0 | $0 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.C. ( 1 Afiliados) | | | | | | $130,207 | $20,900 | | | $130,207 | $16,300 | | | $0 | $0 | | | $0 | $0 | | $0 | $0 |
| 1 | CC | 80830997 | INDABURO WILLIAN | 230201 | 5 | $130,207 | $20,900 | EPS008 | 5 | $130,207 | $16,300 | | 0 | $0 | $0 | | 0 | $0 | $0 | 0 | $0 | $0 |
| Total | | Afiliados( 1) | | | | $130,207 | $20,900 | | | $130,207 | $16,300 | | | $0 | $0 | | | $0 | $0 | | $0 | $0 |

PAGADO



2018/09/18 10:21 AM

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-5213-2018 | **C.D.P. No.:** | 2648 | **Proceso al que pertenece:** | PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC |
| | | | | **Unidad a la que pertenece:** | SALUD PUBLICA - ESPACIO PUBLICO |

**Nombre del Contratista:** WILLIAM JAVIER INDABURO CENDALES **C.C.** 80.830.997 **de:** BOGOTA

**Fecha Inicio:** 2018-07-26 **Fecha Terminación inicial:** 2018-08-25 **Valor Mensual:** $ 1.200.000 **Valor a cobrar:** $ 1.200.000

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | $ 5.120.000 | 2857 | 2018-08-26 | 2019-01-03 |
| 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 | NUMERO DE PLANILLA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | JULIO | $ 200.000 | $ 38.800 | 8483990965 |
| 2 | AGOSTO | $ 1.200.000 | $ 241.800 | 29704743-8329704743 |
| 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 |
|---|---|---|---|
| $ 1.200.000 | $ 6.320.000 | $ 1.400.000 | $ 4.920.000 |

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

**OBJETO DEL CONTRATO**

PRESTAR SERVICIOS COMO GESTOR COMUNITARIO 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:** 2018-08-30

| | OBLIGACIONES ESPECIFICAS (Las estipuladas en la minuta) | DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN |
|---|---|---|
| 1 | 1. Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE | Se realizan las acciones para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE, acompañamiento a nuevos familiares, fortalecimiento a grupos de lideres, lideres promotores de la salud, fortalecimiento a familias cuidadoras y fortalecimientos a semilleros de la inclucion y asistencia tecnica de SDS |
| 2 | 2. Apoyar la prestación de servicios en el PIC, presentando la información y/o soportes que soliciten y que corresponde al objeto y/o actividades contractuales y de acuerdo a los anexos y lineamientos contenidos en el Contrato suscrito con el Fondo Financiero Distrital. | Se presenta la informacion y soportes solicitados con el fin de corroborar las actividades contractuales. se apoyan las diferentes acciones inherentes al objeto del contrato en pro del mejoramiento y calidad de los servicios |
| 3 | 3. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato | se presenta el cronograma del mes |
| 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

William Indaburo C.
**Firma del Contratista**

**C.C.** 80.830.997 **de** BOGOTA

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS | |
|---|---|
| NOMBRE: | ADRIANA HIGUERA GARCIA |
| CARGO: | LIDER DEL ESPACIO PUBLICO |
| FIRMA: | Adriana Higuera |

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 | 80830997 | WILLIAM JAVIER INDABURO CENDALES | | CRA 79 F No. 42 f 42 SUR | 4035379 | notiene@hotmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | | BOGOTÁ, D.C. | BOGOTÁ, D.C. | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| 29704743 | 27/08/2018 | | 2018/09/18 | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2018-08 | 2018-08 | N | 18/09/2018 | 301.7159 | $19.500 | |

## 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 | | | | | |

### 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

### 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 | 19.100 | | | | 19.100 | 25 | 400 | 19.500 | | | 191 | 19.500 | 1 |

### TOTALES CAJAS

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

### TOTALES PARAFISCALES

| Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|
| SENA | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | | | | |
| | | | | |
| MEN | | | | |
| | | | | |

### TOTALES POR SUBSISTEMA

| Tipo Administradora | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
|---|---|---|---|
| Salud | 0 | 0 | 0 |
| Pensión | 0 | 0 | 0 |
| Riesgos Laborales | 1 | 19.500 | 19.500 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 1 | 19.500 | 19.500 |

PAGADA
30127159

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

compensar | miplanilla.com



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

| | |
|---|---|
| **Señor(a):** | WILLIAM JAVIER INDABURO CENDALES |
| **No. Identificación:** | CC80830997 |
| **Dirección:** | CRA 79 F NO. 42 F 42 SUR |
| **Telefono:** | 4035379 |
| **Correo:** | notiene@hotmail.com |
| **Ciudad:** | BOGOTÁ, D.C. |
| **Número de Planilla:** | 29704743 |

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

| | |
|---|---|
| **Nombre Aportante** | WILLIAM JAVIER INDABURO CENDALES |
| **Tipo y número de identificación** | CC80830997 |
| **Número de planilla** | 29704743 |
| **Fecha pago** | 2018-08-27 |
| **Número de autorización pago** | 291847 |
| **Banco** | 1083 |

| | |
|---|---|
| **Número de Empleados** | 1 |
| **Periodo de Cotización Salud** | agosto de 2018 |
| **Periodo de Cotización Pensión** | agosto de 2018 |
| **Número de Administradoras** | 2 |
| **Total Pagado** | 223300 |
| **Total Intereses de Mora** | 600 |

PAGADA

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|---|---|---|---|
| 230201 | Proteccion (ING + Proteccion) | 125300 | 1 |
| EPS008 | Compensar EPS | 98000 | 1 |

29704743

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 80830997
APELLIDOS Y NOMBRES: WILLIAM JAVIER INDABURO CENDALES

| Cód. EPS | Cód. AFP | IBC SALUD | IBC PENSIÓN | IBC RIESGOS | IBC CAJAS | COTIZACIÓN SALUD | VALOR UPC | COTIZACIÓN PENSIÓN | FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN RIESGOS | APORTE CAJAS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS008 | 230201 | 781242 | 781242 | 0 | 0 | 97700 | 0 | 125000 | 0 | 0 | 0 |

compensar | miplanilla.com

**Identificación aportante:** 80830997
**Fecha liquidación:** 27/08/2018 12:39 P.M.
**Tipo de planilla:** I
**Número de planilla:** 8329704743
**Periodo liquidación:** Agosto 2018

| Fecha límite de pago (dd/mm/aaaa) | Valor a pagar |
|---|---|
| 24/08/2018* | $ 223.300 |

*Pasada esta fecha se generarán intereses de mora

## Información de la planilla

| | |
|---|---|
| **AFP - Proteccion (ING + Proteccion)** | $ 125.300 |
| **EPS - Compensar EPS** | $ 98.000 |

## Novedades reportadas

**Ingreso**

Utilice su número de identificación como PIN
Solamente en los siguientes puntos

Banco de Bogotá
Banco AV Villas
Banco de Occidente

Diligencie el formulario de consignación:

- Número de cuenta
- Periodo de pago
- Convenio de recaudo: miplanilla.com

**80830997**
(Corresponde al numero de identificacion)
Periodo Pensión-Salud: 2018 - (08)
AGOSTO

Aplica para recaudos que no requieren digitación de valores (Pin Virtual). Si requiere digitación de valores, por favor consulte los puntos autorizados.

**PIN para pago en otras entidades Periodo Pensión - Salud: Agosto 2018**

**8329704743**
(Corresponde al número de planilla)

**Puntos de pago el mismo día de generación del PIN:** Banco de Bogotá, Banco de Occidente, Puntos Vía Baloto, Metro, Jumbo, Red de Cajeros ATH, Almacenes Grupo Exito.
**Puntos de pago el día siguiente de generación de PIN:** Banco AVVillas y Red Cerca.

19500

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-5213-2018 | **C.D.P. No.:** | 2648 | **Proceso al que pertenece:** | PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC |
| | | | | **Unidad a la que pertenece:** | SALUD PUBLICA - ESPACIO PUBLICO |
| **Nombre del Contratista:** | WILLIAM JAVIER INDABURO CENDALES | | | **C.C.** | 80.830.997 **de:** BOGOTA |
| **Fecha Inicio:** | 2018-07-26 | **Fecha Terminación inicial:** | 2018-08-25 | **Valor Mensual:** | $ 1.200.000 **Valor a cobrar:** $ 1.200.000 |

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | $ 5.120.000 | 2857 | 2018-08-26 | 2019-01-03 |
| 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 | NUMERO DE PLANILLA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | JULIO | $ 200.000 | $ 38.800 | 8483990965 |
| 2 | AGOSTO | $ 1.200.000 | $ 241.800 | 29704743-8329704743 |
| 3 | SEPTIEMBRE | $ 1.200.000 | $ 241.800 | 29704743-8329704743 |
| 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 |
|---|---|---|---|
| $ 1.200.000 | $ 6.320.000 | $ 2.600.000 | $ 3.720.000 |

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

**OBJETO DEL CONTRATO**

PRESTAR SERVICIOS COMO GESTOR COMUNITARIO 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 | 1. Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE | Se realizan las acciones para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE, acompañamiento a nuevos familiares, fortalecimiento a grupos de lideres, lideres promotores de la salud, fortalecimiento a familias cuidadoras y fortalecimientos a semilleros de la inclucion y asistencia tecnica de SDS |
| 2 | 2. Apoyar la prestación de servicios en el PIC, presentando la información y/o soportes que soliciten y que corresponde al objeto y/o actividades contractuales y de acuerdo a los anexos y lineamientos contenidos en el Contrato suscrito con el Fondo Financiero Distrital. | Se presenta la informacion y soportes solicitados con el fin de corroborar las actividades contractuales. se apoyan las diferentes acciones inherentes al objeto del contrato en pro del mejoramiento y calidad de los servicios |
| 3 | 3. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato | se presenta el cronograma del mes |
| 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

William Indaburo C.
**Firma del Contratista**

**C.C.** 80.830.997 **de** BOGOTA

## VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS

| | |
|---|---|
| NOMBRE | ADRIANA HIGUERA GARCIA |
| CARGO | LIDER DEL ESPACIO PUBLICO |
| FIRMA | Adriana Higuera |

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 | 80830997 | WILLIAM JAVIER INDABURO CENDALES | | CRA 79 F No. 42 f 42 SUR | 4035379 | notiene@ hotmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | | BOGOTÁ, D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| 29704743 | 27/09/2018 | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2018-08 | 2018-08 | N | 18/09/2018 | 301.27159 | $19.500 | |

## TALLE POR COTIZANTE

| INFORMACION COTIZANTE | | | | | | | | INFORMACION NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tipo | No. de identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colom. exterior | Estudiante | Ing | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | 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 | 80830997 | INDABURO CENDALES WILLIAN JAVIER | 59 | 0 | | | | N | X | | | | | | | | | | | | | | 23 0201 | 781.242 | 125.001 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS008 | 781.242 | 97.730 | 14-7 | 781.242 | 3 | 16.100 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

**Identificación aportante:** 80830997
**Fecha liquidación:** 27/08/2018 12:39 P.M.
**Tipo de planilla:** I
**Número de planilla:** 8329704743
**Periodo liquidación:** Agosto 2018

| Fecha límite de pago (dd/mm/aaaa) | Valor a pagar |
|---|---|
| 24/08/2018* | $ 223.300 |

*Pasada esta fecha se generarán intereses de mora

**Información de la planilla**

| | |
|---|---|
| **AFP - Protección (ING + Protección)** | $ 125.300 |
| **EPS - Compensar EPS** | $ 98.000 |

Novedades reportadas

**Ingreso**

**Utilice su número de identificación como PIN**
Solamente en los siguientes puntos

Banco de Bogotá
Banco AV Villas
Banco de Occidente

Diligencie el formato de recaudo indicando:

- Número de cuenta
- Número de pago
- Operador de información: miplanilla.com

**80830997**
**(Corresponde al numero de identificacion)**
**Periodo Pensión-Salud: 2018 - (08) AGOSTO**

Nota para recaudos: Si paga con cheque el número que le [illegible]

**PIN para pago en otras entidades Periodo Pensión - Salud: Agosto 2018**

**8329704743**
(Corresponde al número de planilla)

**Puntos de pago el mismo día de generación del PIN:** Banco de Bogotá, Banco de Occidente, Puntos [illegible] Baloto, Metro, Jumbo, Red de Oficinas ATH, Almacenes Olímpica.

**Puntos de pago al día siguiente de generación de PIN:** Banco AV Villas y Red Cerca.

compensar | miplanilla.com



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

**Señor(a):** WILLIAM JAVIER INDABURO CENDALES
**No. Identificación:** CC80830997
**Dirección:** CRA 79 F NO. 42 F 42 SUR
**Telefono:** 4035379
**Correo:** notiene@hotmail.com
**Ciudad:** BOGOTÁ, D.C.
**Número de Planilla:** 29704743

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

| | |
|---|---|
| Nombre Aportante | WILLIAM JAVIER INDABURO CENDALES |
| Tipo y número de identificación | CC80830997 |
| Número de planilla | 29704743 |
| Fecha pago | 2018-08-27 |
| Número de autorización pago | 291847 |
| Banco | 1083 |

| | |
|---|---|
| Número de Empleados | 1 |
| Periodo de Cotización Salud | agosto de 2018 |
| Periodo de Cotización Pensión | agosto de 2018 |
| Número de Administradoras | 2 |
| Total Pagado | 223300 |
| Total Intereses de Mora | 600 |

PAGADA

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|---|---|---|---|
| 230201 | Proteccion (ING + Proteccion) | 125300 | 1 |
| EPS008 | Compensar EPS | 98000 | 1 |

29704743

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 80830997
APELLIDOS Y NOMBRES: WILLIAM JAVIER INDABURO CENDALES

| Cód. EPS | Cód. AFP | IBC SALUD | IBC PENSIÓN | IBC RIESGOS | IBC CAJAS | COTIZACIÓN SALUD | VALOR UPC | COTIZACIÓN PENSIÓN | FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN RIESGOS | APORTE CAJAS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS008 | 230201 | 781242 | 781242 | 0 | 0 | 97700 | 0 | 125000 | 0 | 0 | 0 |

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:** | 5213-2018 | **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 PÚBLICO |

**Nombre del Contratista:** WILLIAM JAVIER INDABURO CENDALES **C.C.** 80.830.997 **de:** BOGOTA

**Fecha Inicio:** 2018-07-26 **Fecha Terminación incial:** 2018-08-25 **Valor Mensual:** $ 1.200.000 **Valor a cobrar:** $ 1.200.000

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | $ 5.120.000 | 2857 | 2018-08-26 | 2019-01-03 |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |
| 14 | | | | |
| 15 | | | | |
| 16 | | | | |
| 17 | | | | |
| 18 | | | | |
| 19 | | | | |
| 20 | | | | |

| Nº CTA | MES DE CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR | VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL | NÚMERO DE PLANILLA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | JULIO | $ 200.000 | $ 38.800 | 8483990965 |
| 2 | AGOSTO | $ 1.200.000 | $ 241.800 | 29704743 - 30127159 |
| 3 | SEPTIEMBRE | $ 1.200.000 | $ 241.800 | 8330601416 |
| 4 | OCTUBRE | $ 1.200.000 | $ 241.800 | 8330601416 |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |
| 14 | | | | |
| 15 | | | | |
| 16 | | | | |
| 17 | | | | |
| 18 | | | | |
| 19 | | | | |
| 20 | | | | |

**Resumen de contrato**

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 1.200.000 | $ 6.320.000 | $ 3.800.000 | $ 2.520.000 |

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

**OBJETO DEL CONTRATO**

PRESTAR SERVICIOS COMO GESTOR COMUNITARIO 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:** 2018-10-30

| | OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta) | DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN |
|---|---|---|
| 1 | 1. Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE | Asistencia tecnica SDS Espacio Publico<br>Evento Barras Futboleras Secretaria Distrital De Salud<br>Mesas locales Barras Futboleras<br>Parches flotantes<br>Parche Fijo<br>Actividad con mujeres pertenecientes a barras futboleras<br>Apoyo a Servicios de ACOGIDA |
| 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. | Presentacion de soportes para la estrategia de barras futboleras y barrios promotores de la salud solicitados (actas y listados) con el fin de corroborar las actividades contractuales. |
| 3 | Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato. | Cronograma de las acciones a realizar en la estrategia de barras futboleras, apoyos administrativos y barrios promotores de la salud urbana |
| 4 | | |
| 5 | | |
| 6 | | |
| 7 | | |
| 8 | | |

**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

William Javier Indaburo Cendales.
WILLIAM JAVIER INDABURO CENDALES
**Firma del Contratista**

**C.C.** 80.830.997 **de** BOGOTA

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS | |
|---|---|
| **NOMBRE:** | ADRIANA HIGUERA |
| **CARGO:** | LIDER ESPACIO PÚBLICO |
| **FIRMA** | Adriana Higuera |

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 | 80830997 | WILLIAM JAVIER INDABURO CENDALES | CRA 79 F No. 42 f 42 SUR | 4035379 | notiene@hotmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I -- Independiente | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | 1 | 0 |
| | | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2018-09 | 2018-09 | I | | 30601416 | $241.800 | |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

**TOTALES SALUD**

| Código EPS | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades | | Licencia Maternidad | | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | No. Autorización | Valor | No. Autorización | Valor | | | | | |
| EPS008 | Compensar EPS | 860066942-7 | 97.700 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 97.700 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230201 | Proteccion (ING + Proteccion) | 800229739-0 | 125.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 125.000 | 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 | 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 |
| 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 | 97.700 |
| Pensión | 1 | 125.000 | 125.000 |
| Riesgos Laborales | 1 | 19.100 | 19.100 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 241.800 | 241.800 |

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 |
| CC | 80830997 | WILLIAM JAVIER INDABURO CENDALES | | CRA 79 F No. 42 f 42 SUR | 4035379 | notiene@hotmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | |
| ÚNICA | I – Independiente | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | |

| EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
|---|
| NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD |
| | | | | | EMPLEADOS: 1 / UPC: 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR |
| 2018-09 | 2018-09 | I | | 30601416 | $241.800 |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colombiano en el Exterior | Extranjero | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Cotización | Voluntario Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1 | CC | 80830997 | INDABURO CENDALES WILLIAN JAVIER | S9 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 230201 | 781,242 | 125,000 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS008 | 781,242 | 97,700 | 14-7 | 781,242 | 3 | 19,100 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

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

COMPENSAR Y2K
Caja de Compensación Familiar
NIT 860,066,942-7

RECIBO: 8.957.365
Fecha: 2018/10/12 $241.800,00

---

Beneficiario: 80.830.997
NDABURO WILLIAN

Por la Suma de: DOSCIENTOS CUARENTA
Y UN MIL OCHOCIENTOS PESOS
M/C
Concepto: ING MI PLANILLA CENTRALIZADO
R

---

FORMA DE PAGO
EFECTIVO-EF $241.800,00
Valor Recibido: $250.000,00
Cambio: $8.200,00

---

Observaciones: WILLIAM JAVIER INDA
BURO CENDALES
Cajero: LIZ STEPHANNY RODRIGUEZ ARIAS

---

Compensar / Sede UNIDAD DE SERVICIOS KENNE
Fecha: 2018/10/12 Hora: 11:01 Reg Sac: 8957365
Cajero: C.C. 1033708282 - LIZ STEPHANNY RODRIGU
Concepto: ING MI PLANILLA CENTRALIZADOR
Usuario: CC 80830997 INDABURO WILLIAN
Valor EF: $241.800
Valor Total: $241.800

---

FACTURAS PAGADAS
Nro Referencia 416208330601416 Valor $241.800

compensar | miplanilla.com

**Identificación aportante:** 80830997
**Fecha liquidación:** 12/10/2018 11:00 A.M.
**Tipo de planilla:** I
**Número de planilla:** 8330601416
**Periodo liquidación:** Septiembre 2018

| Fecha límite de pago (dd/mm/aaaa) | Valor a pagar |
|---|---|
| 23/10/2018* | $ 241.800 |

*Pasada esta fecha se generarán intereses de mora

Información de la planilla

| | |
|---|---|
| **ARL - Cia. de Seguros Bolivar S.A.** | $ 19.100 |
| **AFP - Proteccion (ING + Proteccion)** | $ 125.000 |
| **EPS - Compensar EPS** | $ 97.700 |

Novedades reportadas

**Utilice su número de identificación como PIN**
Solamente en los siguientes puntos:

Banco de Bogotá
Banco AVVillas
Banco de Occidente

Diligencie el formato de recaudo indicando:

- Número de cédula
- Periodo de pago
- Operador de información miplanilla.com

**80830997**
**(Corresponde al número de identificación)**
**Periodo Pensión-Salud: 2018 - (09) SEPTIEMBRE**

Aplica para independientes que han pagado al menos uno de los últimos cuatro (4) periodos de manera asistida y si no necesitan presentar novedades.

**PIN para pago en otras entidades**
**Periodo Pensión - Salud: Septiembre 2018**

**8330601416**
**(Corresponde al número de planilla)**

**Puntos de pago el mismo dia de generación del PIN:** Banco de Bogotá, Banco de Occidente, Puntos Vía-Baloto, Metro, Jumbo, Red de Cajeros ATH, Almacenes Grupo éxito.
**Puntos de pago al dia siguiente de generación de PIN:** Banco AVVillas y Red Cerca.
**Recuerde que si paga sus aportes después de la hora de cierre de operaciones bancarias (3:00PM), en horario adicional o durante fines de semana o festivos, el pago se verá reflejado al siguiente día hábil.**
**Información Importante:** Con el objetivo de evitar inconsistencias lo invitamos a confirmar la información reportada en la planilla antes de realizar el pago, recuerde que una vez pagada cualquier corrección deberá solicitarla directamente con su(s) Administradora(s).

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Subred Integrada de Servicios
de Salud Centro Oriente E.S.E.

**ADICIÓN No. 1 Y PRORROGA No. 1 AL CONTRATO No. PS 5213 2018 SUSCRITO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y WILLIAM JAVIER INDABURO CENDALES con C.C No. 80.830.997**

Entre los suscritos a saber, por una parte, **LUIS FERNANDO PINEDA ÁVILA**, mayor de edad, domiciliado y residente en la ciudad de Bogotá, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 79.269.492 de Bogotá, D.C., en su calidad de Ordenador del gasto de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E, de conformidad con la delegación conferida a través de la Resolución No. 284 del veintisiete (27) de junio de dos mil dieciocho (2018) expedida por la Gerente, quien en adelante se denominará la **SUBRED** y por otra parte **WILLIAM JAVIER INDABURO CENDALES,** también mayor de edad, identificado (a) con cédula de ciudadanía **No. 80.830.997**, quién en adelante se denominará **EL CONTRATISTA,** hemos convenido celebrar la presente adición y prórroga previa las siguientes consideraciones: **1)** Que, la contratación de las Empresas Sociales del Estado se rige por el Derecho Privado, de conformidad con el numeral 6 del artículo 195 de la Ley 100 de 1993, el Acuerdo 27 de 2017- Estatuto de Contratación y Resolución 794 de 2017- Manual de contratación de la Subred. **2.)** Que con fecha 26 DE JULIO DE 2018, se suscribió el contrato de prestación de servicios No. PS 5213 2018, cuyo objeto consiste en "PRESTAR SERVICIOS COMO GESTOR COMUNITARIO DESARROLLANDO ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.. **3)** Que el plazo de ejecución se pactó hasta el 25 DE AGOSTO DE 2018. **4)** Que el valor del contrato se pactó en la suma de UN MILLON DOSCIENTOS MIL PESOS M/CTE ($1.200.000.oo). **5.)** Que con base en las disposiciones de la Resolución 794 de 2017- Manual de contratación de la Subred vigente, numeral 3.2.3 Inciso tercero: "*Los contratos de prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión, podrán adicionarse cuantas veces sea necesario, dentro de la misma vigencia fiscal, siempre y cuando el objeto del Contrato no sea modificado. No obstante, las adiciones no superaran el mes de enero del siguiente año*". **6)** Que, conforme a lo dispuesto en el parágrafo de la cláusula décima segunda del contrato, la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E queda facultada para prorrogar y adicionar cuantas veces sea necesario dentro de los doce (12) meses siguientes a la suscripción del contrato siempre que exista una justificación que soporte la adición y las condiciones del mismo lo permitan. **7)** Que, se solicita adición y prorroga al contrato para dar cumplimiento a las actividades establecidas y contenidas en los lineamientos del contrato del plan de intervenciones colectivas pspic n.466100-2018 con vigencia julio a enero del 2019 y suscrito entre el Fondo Financiero Distrital y la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.En virtud de las anteriores consideraciones, las partes suscriben la presente adición y prórroga que se regirá por las siguientes Cláusulas: **CLAUSULA PRIMERA**: Prorrogar el plazo de ejecución por CUATRO (4) MESES Y NUEVE (9) DIAS. **CLÁUSULA SEGUNDA:** Adicionar el valor del contrato en la suma de CINCO MILLONES CIENTO VEINTE MIL PESOS M/CTE ($5.120.000.oo). **CLÁUSULA TERCERA: IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL**: El valor de esta adición se cancelará con cargo al certificado de disponibilidad presupuestal No. 2857 del 21 DE AGOSTO DE 2018. **CLÁUSULA CUARTA: VIGENCIA DE LAS DEMÁS CLÁUSULAS:** La presente adición y prórroga sólo surte efectos en el clausulado que se modifica, las demás estipulaciones continúan vigentes y sin modificaciones. Para constancia se firma en la ciudad de Bogotá, D.C., el 24 DE AGOSTO DE 2018.

**POR LA SUBRED**

**LUIS FERNANDO PINEDA ÁVILA**
**SUBGERENTE DE SERVICIOS DE SALUD**

**POR EL CONTRATISTA**

William Javier Indaburo C.

**WILLIAM JAVIER INDABURO CENDALES**
**C.C. No. 80.830.997**

*Las actuaciones de los Usuarios en el SECOP II comprometen a la Entidad Estatal o al Proveedor del cual son agentes. La autenticación del SECOP II, es decir, el nombre de usuario y la contraseña constituyen una firma electrónica en los términos del artículo 7 de la Ley 527 de 1999 y las normas que la reglamentan.*

*Los abajo firmantes, certifican que hicieron revisión de este documento y que la información ha sido suficientemente evaluada, revisada y aprobada.*

Elaboró: Yanessa Lilchyn – Apoyo Administrativo Dirección Contratación OPS

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-5213-2018 | **C.D.P. No.:** | 2648 | **Proceso al que pertenece:** | PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC |
| | | | | **Unidad a la que pertenece:** | SALUD PUBLICA - ESPACIO PUBLICO |
| **Nombre del Contratista:** | WILLIAM JAVIER INDABURO CENDALES | | | **C.C.** | 80.830.997 **de:** BOGOTA |
| **Fecha Inicio:** | 2018-07-26 | **Fecha Terminación inicial:** | 2018-08-25 | **Valor Mensual:** | $ 1.200.000 **Valor a cobrar:** $ 1.200.000 |

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | $ 5.120.000 | 2857 | 2018-08-26 | 2018-01-03 |
| 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 | NUMERO DE PLANILLA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | JULIO | $ 200.000 | $ 38.800 | 8483990965 |
| 2 | AGOSTO | $ 1.200.000 | $ 241.800 | 29704743 |
| 3 | SEPTIEMBRE | $ 1.200.000 | $ 241.800 | 8330601416 |
| 4 | OCTUBRE | $ 1.200.000 | $ 241.800 | 8330601416 |
| 5 | NOVIEMBRE | $ 1.200.000 | $ 241.800 | 31242862 |
| 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 |
|---|---|---|---|
| $ 1.200.000 | $ 6.320.000 | $ 5.000.000 | $ 1.320.000 |

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

**OBJETO DEL CONTRATO**

PRESTAR SERVICIOS COMO GESTOR COMUNITARIO 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 | 1. Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE | Se realizan las acciones para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE, acompañamiento a nuevos familiares, fortalecimiento a grupos de lideres, lideres promotores de la salud, fortalecimiento a familias cuidadoras y fortalecimientos a semilleros de la inclucion y asistencia tecnica de SDS |
| 2 | 2. Apoyar la prestación de servicios en el PIC, presentando la información y/o soportes que soliciten y que corresponde al objeto y/o actividades contractuales y de acuerdo a los anexos y lineamientos contenidos en el Contrato suscrito con el Fondo Financiero Distrital. | Se presenta la informacion y soportes solicitados con el fin de corroborar las actividades contractuales. se apoyan las diferentes acciones inherentes al objeto del contrato en pro del mejoramiento y calidad de los servicios |
| 3 | 3. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato | se presenta el cronograma del mes |
| 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

William Indaburo
**Firma del Contratista**

**C.C.** 80.830.997 **de** BOGOTA

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS | |
|---|---|
| **NOMBRE:** | ADRIANA HIGUERA GARCIA |
| **CARGO:** | LIDER DEL ESPACIO PUBLICO |
| **FIRMA** | Adriana Higuera |

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-5213-2018 | **C.D.P. No.:** | 2648 | **Proceso al que pertenece:** | PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC |
| | | | | **Unidad a la que pertenece:** | SALUD PUBLICA - ESPACIO PUBLICO |

**Nombre del Contratista:** WILLIAM JAVIER INDABURO CENDALES **C.C.** 80.830.997 **de:** BOGOTA

**Fecha Inicio:** 2018-07-26 **Fecha Terminación inicial:** 2018-08-25 **Valor Mensual:** $ 1.200.000 **Valor a cobrar:** $ 1.200.000

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | $ 5.120.000 | 2857 | 2018-08-26 | 2018-01-03 |
| 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 | $ 200.000 | $ 38.800 | 8483990965 |
| 2 | AGOSTO | $ 1.200.000 | $ 241.800 | 29704743 |
| 3 | SEPTIEMBRE | $ 1.200.000 | $ 241.800 | 8330601416 |
| 4 | OCTUBRE | $ 1.200.000 | $ 241.800 | 8330601416 |
| 5 | NOVIEMBRE | $ 1.200.000 | $ 241.800 | 31242862 |
| 6 | DICIEMBRE | $ 1.200.000 | $ 241.800 | 33065427 |
| 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 |
|---|---|---|---|
| $ 1.200.000 | $ 6.320.000 | $ 6.200.000 | $ 120.000 |

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

**OBJETO DEL CONTRATO**

PRESTAR SERVICIOS COMO GESTOR COMUNITARIO 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 | 1. Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE | Se realizan las acciones para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE. acompañamiento a nuevos familiares, fortalecimiento a grupos de lideres, lideres promotores de la salud, fortalecimiento a familias cuidadoras y fortalecimientos a semilleros de la inclucion y asistencia tecnica de SDS |
| 2 | 2. Apoyar la prestación de servicios en el PIC, presentando la información y/o soportes que soliciten y que corresponde al objeto y/o actividades contractuales y de acuerdo a los anexos y lineamientos contenidos en el Contrato suscrito con el Fondo Financiero Distrital. | Se presenta la informacion y soportes solicitados con el fin de corroborar las actividades contractuales. se apoyan las diferentes acciones inherentes al objeto del contrato en pro del mejoramiento y calidad de los servicios |
| 3 | 3. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato | se presenta el cronograma del mes |
| 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

William Indaburo.
**Firma del Contratista**

**C.C.** 80.830.997 **de** BOGOTA

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS | |
|---|---|
| **NOMBRE:** | ADRIANA HIGUERA GARCIA |
| **CARGO:** | LIDER DEL ESPACIO PUBLICO |
| **FIRMA** | Adriana Higuera |

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 | 80830997 | WILLIAM JAVIER INDABURO CENDALES | CRA 79 F No. 42 f 42 SUR | 4035379 | notiene@hotmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2018-11 | 2018-11 | I | | 33065427 | $251.400 | |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

**TOTALES SALUD**

| Código EPS | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades | | Licencia Maternidad | | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | No. Autorización | Valor | No. Autorización | Valor | | | | | |
| EPS008 | Compensar EPS | 860066942-7 | 97.700 | 0 | | 0 | | 0 | 53 | 3.900 | 0 | 101.600 | 1 |

**TOTALES PENSIÓN**

| Código AFP | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230201 | Proteccion (ING + Proteccion) | 800229739-0 | 125.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 53 | 4.900 | 0 | 129.900 | 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 | 19.100 | | | | 19.100 | 53 | 800 | 19.900 | | | 191 | 19.900 | 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 | 97.700 | 101.600 |
| Pensión | 1 | 125.000 | 129.900 |
| Riesgos Laborales | 1 | 19.100 | 19.900 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 241.800 | 251.400 |

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

compensar miplanilla.com

**Identificación aportante:** 80830997
**Fecha liquidación:** 15/02/2019 09:18 A.M.
**Tipo de planilla:** I
**Número de planilla:** 8333065403
**Periodo liquidación:** Diciembre 2018

| Fecha límite de pago (dd/mm/aaaa) | Valor a pagar |
|---|---|
| 24/01/2019* | $ 246.000 |

*Pasada esta fecha se generarán intereses de mora

| | |
|---|---|
| **ARL - Cía. de Seguros Bolivar S.A.** | $ 19.500 |
| **AFP - Proteccion (ING + Proteccion)** | $ 127.100 |
| **EPS - Compensar EPS** | $ 99.400 |

**Utilice su número de identificación como PIN**
Solamente en los siguientes puntos:

Banco de Bogotá
Banco AV Villas
Banco de Occidente

Diligencie el formato de recaudo indicando:
- Número de cédula
- Periodo de pago
- Operador de información: miplanilla.com

**80830997**
**(Corresponde al número de identificación)**
**Periodo Pensión-Salud: 2018 - (12) DICIEMBRE**

Aplica para independientes que han pagado al menos uno de los últimos cuatro (4) periodos de manera asistida y si no necesitan presentar novedades.

**PIN para pago en otras entidades**
**Periodo Pensión - Salud:**
**Diciembre 2018**

**8333065403**
(Corresponde al número de planilla)

**Puntos de pago el mismo día de generación del PIN:** Banco de Bogotá, Banco de Occidente, Puntos Vía-Baloto, Metro, Jumbo, Red de Cajeros ATH, Almacenes Grupo éxito.
**Puntos de pago al día siguiente de generación de PIN:** Banco AVVillas y Red Cerca.
Recuerde que si paga sus aportes después de la hora de cierre de operaciones bancarias (3:00PM), en horario adicional o durante fines de semana o festivos, el pago se verá reflejado al siguiente día hábil.
**Información importante:** Con el objetivo de evitar inconsistencias lo invitamos a confirmar la información reportada en la planilla antes de realizar el pago, recuerde que una vez pagada cualquier corrección deberá solicitarla directamente con su(s) Administradora(s).

compensar miplanilla.com

**Identificación aportante:** 80830997
**Fecha liquidación:** 15/02/2019 09:19 A.M.
**Tipo de planilla:** I
**Número de planilla:** 8333065427
**Periodo liquidación:** Noviembre 2018

| Fecha límite de pago (dd/mm/aaaa) | Valor a pagar |
|---|---|
| 24/12/2018* | $ 251.400 |

*Pasada esta fecha se generarán intereses de mora

| | |
|---|---|
| **ARL - Cía. de Seguros Bolivar S.A.** | $ 19.800 |
| **AFP - Proteccion (ING + Proteccion)** | $ 129.800 |
| **EPS - Compensar EPS** | $ 101.800 |

**Utilice su número de identificación como PIN**
Solamente en los siguientes puntos:

Banco de Bogotá
Banco AV Villas
Banco de Occidente

Diligencie el formato de recaudo indicando:
- Número de cédula
- Periodo de pago
- Operador de información: miplanilla.com

**80830997**
**(Corresponde al número de identificación)**
**Periodo Pensión-Salud: 2018 - (11) NOVIEMBRE**

Aplica para independientes que han pagado al menos uno de los últimos cuatro (4) periodos de manera asistida y si no necesitan presentar novedades.

**PIN para pago en otras entidades**
**Periodo Pensión - Salud:**
**Noviembre 2018**

**8333065427**
(Corresponde al número de planilla)

**Puntos de pago el mismo día de generación del PIN:** Banco de Bogotá, Banco de Occidente, Puntos Vía-Baloto, Metro, Jumbo, Red de Cajeros ATH, Almacenes Grupo éxito.
**Puntos de pago al día siguiente de generación de PIN:** Banco AVVillas y Red Cerca.
Recuerde que si paga sus aportes después de la hora de cierre de operaciones bancarias (3:00PM), en horario adicional o durante fines de semana o festivos, el pago se verá reflejado el siguiente día hábil.
**Información importante:** Con el objetivo de evitar inconsistencias lo invitamos a confirmar la información reportada en la planilla antes de realizar el pago, recuerde que una vez pagada cualquier corrección deberá solicitarla directamente con su(s) Administradora(s).

compen

**COMPENSAR**
Caja de Compensación Familiar
NIT 860.066.942-7
Conmutador 4280666

| | |
|---|---|
| Recibo de Caja No. | *1400718989C608* |
| Fecha | 15.02.2019 |
| Sede | KENN |
| Beneficiario | WILLIAM JAVIER INDABURO CE |
| Identificación | 80830997 |
| Episodio No. | |
| Referencia. | |

| COD CONCEPTO | CONCEPTO | VALOR |
|---|---|---|
| *98* | ING MI PLANILLA | $ 251.40( |

Por la suma de: DOSCIENTOS CINCUENTA Y UN MIL CUATROCIENTOS PESOS M/L

Valor total: *$ 251.400,00*

| FORMA DE PAGO | RECIBO DE CAJA No. | VALOR |
|---|---|---|
| *Efectivo* | | *$ 252.00(* |
| ***Total recibido*** | | ***$ 252.000*** |
| *Cambio* | | *$ 600* |

Observaciones:

| | |
|---|---|
| Caja No: | C608 |
| Recaudador: | DIANA MARCELA |
| Imprime: | DIANA MARCELA |