Datos del Vendedor o de quien presta el servicio

CUENTA DE COBRO **2**

Razon Social /Nombre y Apellido	NELSEY BERNAL DUARTE	***Codigo Actividad:***	
NIT O C.C.	31.036.935		
		Documento equivalente a factura, (Ley 1231/08, Art.617 ET y Art.3 dec.522 de 2003)	
Ciudad y Fecha de Emision:	Villavicencio,09 de Julio 2024		
Dirección y Ciudad:	calle 37 numero 41-89 Barzal Alto	Forma de Pago:	
Telefonos	3105762065		
Fecha de Vencimiento:		*Fecha de Recibdo de la Factura*	

Datos del Comprador o contratante

Razon Social /Nombre y Apellido	**ESE DPTAL SOLUCION SALUD DEL META**	NIT:	**822.006.595-1**
Dirección y Ciudad:	Calle 37 No. 41-80 Barrio Barzal alto - Villavicencio-Meta	Teléfono:	6610200

Cant.	*Descripcion*	*Vlr unitario*	*Vlr Total*
20.667	PRESTACION DE SERVICIOS DE ANILLADO, LAMINACION CARNET, VELOBINDER E IMPRESIONES A COLOR, REDUCCION Y AMPLIACION DE DOCUMENTOS Y FOTOCOPIAS A CARTA Y OFICIO, A BLANCO Y NEGRO Y A COLOR PARA LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META "SOLUCION SALUD DEL META, SEGÚN CPS No. 619 de 2024 DEL 03 JUNIO AL 02 DE JULIO 2024	120	2.480.040
			-
			-
			-
			-
			-
		TOTAL	2.480.040

Son: DOS MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA MIL CUARENTA PESOS M/CTE

Observaciones:

Cordialmente:

NELSY BERNAL DUARTE
cc 31.036.935

Departamento del Meta
Nit.: 822006595-1
ÁREA DE CONTABILIDAD
RECIBIDO
FECHA 2024-07-11
FOLIOS
0.8284
0.8261

CONTRATO No. 619 DE 2024
PERIODO No.02
DEL 03 DE JUNIO 2024 AL 02 DE JULIO DE 2024

OBJETIVO DEL INFORME: Mantener informada a la Ese Departamental "Solución Salud" sobre el desarrollo del contrato objeto de este informe, presentar evidencias de su ejecución y verificar que las actividades realizadas se realizaron con calidad y en los términos adecuados.

1. INFORMACIÓN DEL CONTRATO

CONTRATO No.:	619		
CLASE DE CONTRATO:	PRESTACION DE SERVICIOS		
CONTRATISTA:	NELSY BERNAL DUARTE		
CEDULA CONTRATISTA:	31.036.935,		
OBJETO: PRESTACION DE SERVICIO DE, ANILLADOS, LAMINACION CARNET, VELOBINDER IMPRESIONESA COLOR REDUCCIONES Y AMPALIACIONES DE DOCUMENTOS Y FOTOCAPIAS A CARTA Y OFICIO A BALANCO Y NEGRO Y A COLOR PARA LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTEMENTO DEL META E.S.E "SOLUCION SALUD".			
CONDICIONES INICIALES			
VALOR DEL CONTRATO:	**24.000.000**		
PLAZO DE EJECUCIÓN:	8 MESES		
FECHA DESIGNACIÓN SUPERVISIÓN:	03 DE MAYO 2024		
FECHA DE INICIO:	3 DE MAYO DE 2024		
MODIFICACIONES:			
CESIÓN:		FECHA:	
ADICIONAL EN VALOR:		FECHA:	
PRORROGAS:		FECHA:	
FECHA DE TERMINACIÓN	31 DE DICIEMBRE 2024		
TELEFONO DEL CONTRATISTA:	3105762065		
DIRECCION DEL CONTRATISTA:	Calle 37 No. 41-89 BARZAL ALTO		

FORMA DE PAGO	LA E.S.E SOLUCION SALUD DEL DEPARTAMENTO DEL META PAGARA LA CONTRATISTA EL VALOR DE EJECUCUION DEL CONTRATO ASI: SE REALIZARÁN PAGOS MENSUALES PREVIA PRESENTACION DE LA CUENTA DE COBRO Y VISTO BUENO POR PARTE DEL SUPERVISOR.

2. DESARROLLO DEL CONTRATO

Mediante Contrato No. 619 de 2024 en la Cláusula OCTAVA: Supervisión, se

me designó como supervisor(a) del contrato objeto de este informe, para lo cual me permito informar el desarrollo correspondiente al **PERIODO 2** que del **03/06/2024** al **02/07/2024** en los siguientes aspectos:

AVANCE EN LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA:

OBLIGACIONES GENERALES:

ACTIVIDADES ESPECÍFICAS EJECUTADAS DURANTE EL PERIODO DEL INFORME SE RELACIONAN A CONTINUACIÓN:

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS:

DESCRIPCION DE LA ACTIVIDADES Acciones realizadas durante el presente periodo	CUMPLE / NO CUMPLE
1. Cumplimiento de Obligaciones Especificas del Contrato	SI
2. Ejecutar el objeto del contrato dentro del plazo estipulado	SI
3. actuar con absoluta lealtad y transparencia en cada de una de las actividades a desarrollar	SI
3. informar las novedades que se presenten durante la ejecución del contrato	SI
4. cumplir con las obligaciones frente a los sistemas de seguridad social en salud , pensión y riesgos en los términos previstos, en las normas legales	SI
5. ejecutar idónea y oportunamente el objeto del contrato	SI
6. obrar con lealtad y buena fe evitando dilaciones y trabamientos que pudieren presentarsen	SI
7. atender los requerimientos efectuados por el contratante	SI
8. asumir todos los costos en que incurra para la ejecución del contrato	SI
9. las demás que se desprendan y se relaciones en los términos de la oferta del contrato y de la Ley	SI

Evidencias fotográficas





3. CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DE SEGURIDAD SOCIAL:

Certifico que verifiqué el cumplimiento del pago de aportes a la seguridad social (salud, pensión y ARL) correspondiente al periodo del presente informe como se relaciona a continuación:

CONCEPTO	VALOR
Periodo Cotizado	Junio
IBC (Ingreso Base de Cotización)	$1600.000
Número de Planilla	8377872987
Valor pagado en SALUD	$200.000
Valor pagado en PENSIÓN	$256.000
Valor pagado en ARL	$8.400

4. BALANCE FINANCIERO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO A LA FECHA

BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO		
VALOR CONTRATO:	**$24.000.000**	
Valor Girado Informe No.001		**$3.550.200**
Valor por Girar Informe No.002		**$2.480.040**
Saldo pendiente por ejecutar		$17.969.760
SUMAL IGUALES:	**$24.000.000**	**$24.000.000**

5. INFORMACION PRESUPUESTAL A LA FECHA

NUMERO DE CDP:	**643**		**VALOR DEL CDP:**	**24.000.000**
FECHA CDP:	**17/04/2024**			
NUMERO DE RP:	**1516**		**VALOR DEL RP:**	**24.000.000**
FECHA RP:	**20/04/2024**			
NUMERO CDP ADICION:			**VALOR CDP ADICION:**	**24.000.000**
NUMERO RP ADICION:			**VALOR RP ADICION:**	
NOMBRE DEL RUBRO PRESUPUESTAL	**CODIGO PRESUPUESTAL**	**VALOR INICIAL + ADICION**	**VALOR EJECUTADO**	**SALDO PRESUPUESTAL**
OTROS GASTOS POR ADQUSICION DE SERVICIOS	**2.1.2.02.02.008.09**	**24.000.000**	**$6.030.240**	**$17.969.760**

ANEXOS:

Soportes de pago de seguridad social correspondientes al periodo de este informe
Cuenta de cobro
Planilla de seguridad
Formato centro de costos

FIRMA:	Mary Yaneht Jimenez G
NOMBRE COMPLETO	**MARY YANEHT JIMENEZ GUTIERREZ**
CEDULA:	**40.440.333**
CARGO O DEPENDENCIA	**SECRETARIA EJECUTIVA DE GERENCIA**
Supervisora	

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

Señor(a): NELSY BERNAL DUARTE
No. Identificación: CC31036935
Dirección: CALLE 37 N.41-89
Telefono: 6605150
Correo: NELSYBERNALDUARTE@HOTMAIL.COM
Ciudad: VILLAVICENCIO
Número de Planilla: 8377872987

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	NELSY BERNAL DUARTE
Tipo y número de identificación	CC31036935
Número de planilla	8377872987
Fecha pago	2024-06-21
Número de autorización pago	94819524
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	junio de 2024
Periodo de Cotización Pensión	junio de 2024
Número de Administradoras	3
Total Pagado	464400
Total Intereses de Mora	0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	8400	1
231001	Colfondos	256000	1
EPS005	Sanitas EPS	200000	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 31036935
APELLIDOS Y NOMBRES: NELSY BERNAL DUARTE

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
EPS005	231001	1600000	1600000	1600000	0	200000	0	256000	0	8400	0

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

Inicio

Aportante

Empleados y Beneficiarios

Planillas

Certificados y Reportes

Ir a Cesantías

Ir a Pensiones voluntarias

Configuraciones básicas

Ayudas

Resumen de pago

A continuación se encuentra la Información de la planilla:

Guardar archivos en excel

Guardar en PDF

Información de la planilla

Identificación	CC 31036935
Razon Social	NELSY BERNAL DUARTE
Numero de planilla	8377872987
Periodo	Junio de 2024
Tipo de planilla	I - Planilla de Independientes
Vencimiento	2024/07/09
Fecha de pago	2024/06/21
Total pagado	$464.400

Información asociada al pago

NIT de recaudo	9998600669427
Razon Social	Compensar OI
Descripción	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
Medio de pago	Pago en Cajas
Banco	1023
Numero de aprobación	94819524

Totales por administradora

NIT	Administradora	Antes De Mora	Interes De Mora	Total
800227940	Colfondos	$ 256.000	$ 0	$ 256.000
800251440	Sanitas EPS	$ 200.000		
860011153	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	$ 8.400	$ 0	$ 8.400

Hola soy Pili, ¿en qué te puedo ayudar?

compensar | miplanilla.com

REPORTE DE LA PLANILLA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE					
TIPO	NÚMERO	NOMBRE RAZÓN SOCIAL	DIRECCIÓN	TELÉFONO	FAX
CC	31036935	NELSY BERNAL DUARTE	CALLE 37 N.41-89	6605150	

FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO
U	I	PRINCIPAL	PPAL	META	VILLAVICENCIO

DATOS DE LA PLANILLA								
PERIODO LIQUIDACIÓN				TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA MES AÑO)	NÚMERO RADICACIÓN	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD	SE ACOGE A LOS BENEFICIOS DE LEY 1429 DE 2010 A CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
SALUD		PENSIÓN, RIESGOS LAB, CAJA, SENA, ICBF						
MES	AÑO	MES	AÑO					
6	2024	6	2024	I	21 06 2024	8377872987	Si	No

CENTRO DE TRABAJO	Todos	NÚMERO DE EMPLEADOS	1	NIT EMPRESA CONVENIO	Todos

No	DOCUMENTO	APELLIDOS Y NOMBRES	TIPO COT	SUB COT	EXT	COL EXT	Exon	COD MUN	COD DEP	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	EPS	AFP	ARL	CÓDIGO EPS	IBC EPS	TARIFA EPS	APORTE EPS	CÓDIGO AFP	IBC AFP	TARIFA AFP	APORTE AFP	FSP Solidaridad
1	CC 31036935	BERNAL DUARTE NELSY	59	0			No	001	50																30	30	30	EPS005	$1,600,000	12.50%	$200,000	231001	$1,600,000	16.00%	$256,000	$0
																															$200,000				$256,000	$0

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

No	DOCUMENTO	APELLIDOS Y NOMBRES	FSP Subsistencia	CÓDIGO ARL	IBC ARL	TARIFA ARL	CLASE RIE	APORTE ARL
1	CC 31036935	BERNAL DUARTE NELSY	$0	14-23	$1,600,000	0.52%	1	$8,400
			$0					$8,400

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

Departamento del Meta
Empresa Social del Estado
GOBERNACIÓN DEL META

FECHA: 2024-07
DEPENDENCIA:
No. FOTOCOPIAS: 3000=
AUTORIZA:

Departamento del Meta
Empresa Social del Estado
GOBERNACIÓN DEL META

FECHA: 2024-06
DEPENDENCIA:
No. FOTOCOPIAS: 360=
AUTORIZA:

Departamento del Meta
Empresa Social del Estado
GOBERNACIÓN DEL META

FECHA: 2024-07
DEPENDENCIA:
No. FOTOCOPIAS: 490=
AUTORIZA:

Departamento del Meta
Empresa Social del Estado
GOBERNACIÓN DEL META

FECHA: 2024-07
DEPENDENCIA:
No. FOTOCOPIAS: 500=
AUTORIZA:

Departamento del Meta
Empresa Social del Estado
GOBERNACIÓN DEL META

FECHA: 2024-06
DEPENDENCIA:
No. FOTOCOPIAS: 1000=
AUTORIZA:

Departamento del Meta
Empresa Social del Estado
GOBERNACIÓN DEL META

FECHA: 2024
DEPENDENCIA:
No. FOTOCOPIAS: 218=
AUTORIZA:

Departamento del Meta
Empresa Social del Estado
GOBERNACIÓN DEL META

FECHA: 2024-06
DEPENDENCIA:
No. FOTOCOPIAS: 1230=
AUTORIZA:

Departamento del Meta
Empresa Social del Estado
GOBERNACIÓN DEL META

FECHA: 2024
DEPENDENCIA:
No. FOTOCOPIAS: 175=
AUTORIZA:

Departamento del Meta
Empresa Social del Estado
GOBERNACIÓN DEL META

FECHA: 2024-06
FUNCIONARIO:
No. FOTOCOPIAS: 502=
AUTORIZA:

Departamento del Meta
Empresa Social del Estado
GOBERNACIÓN DEL META

FECHA: 2024-06
DEPENDENCIA:
No. FOTOCOPIAS: 390=
AUTORIZA:

GOBERNACIÓN DEL META

FECHA: 2024-06-12
DEPENDENCIA: APS.
No. FOTOCOPIAS: 200=
AUTORIZA:

Departamento del Meta
Empresa Social del Estado
GOBERNACIÓN DEL META

FECHA: 2024-06
DEPENDENCIA:
No. FOTOCOPIAS: 1.110=
AUTORIZA:

Departamento del Meta
Empresa Social del Estado
GOBERNACIÓN DEL META

FECHA: 2024-06
DEPENDENCIA:
No. FOTOCOPIAS: 1420
AUTORIZA:

Departamento del Meta
Empresa Social del Estado
GOBERNACIÓN DEL META

FECHA: 2024
DEPENDENCIA:
No. FOTOCOPIAS: 70=
AUTORIZA:

Departamento del Meta
Empresa Social del Estado
GOBERNACIÓN DEL META

FECHA: 2024-06
DEPENDENCIA:
No. FOTOCOPIAS: 190=
AUTORIZA:

Departamento del Meta
Empresa Social del Estado
GOBERNACIÓN DEL META

FECHA: 2024-06
FUNCIONARIO:
No. FOTOCOPIAS: 725=
AUTORIZA:

Departamento del Meta
Empresa Social del Estado
GOBERNACIÓN DEL META

FECHA: 2024-06
FUNCIONARIO:
No. FOTOCOPIAS: 1200=
AUTORIZA:

Departamento del Meta
Empresa Social del Estado
GOBERNACIÓN DEL META

FECHA: 2024-07
FUNCIONARIO:
No. FOTOCOPIAS: 295=
AUTORIZA:

Departamento del Meta
Empresa Social del Estado
GOBERNACIÓN DEL META

FECHA: 2024-06
FUNCIONARIO:
No. FOTOCOPIAS: 700=
AUTORIZA:

Departamento del Meta
Empresa Social del Estado
GOBERNACIÓN DEL META

FECHA: 2024-06
DEPENDENCIA:
No. FOTOCOPIAS: 320=
AUTORIZA:

Departamento del Meta
Empresa Social del Estado
GOBERNACIÓN DEL META

FECHA: 2024-07
DEPENDENCIA:
No. FOTOCOPIAS: 690=
AUTORIZA:

Departamento del Meta
Empresa Social del Estado
GOBERNACIÓN DEL META

FECHA: 2024-07
FUNCIONARIO:
No. FOTOCOPIAS: 200=
AUTORIZA:

Departamento del Meta
Empresa Social del Estado
GOBERNACIÓN DEL META

FECHA: 2024-07
FUNCIONARIO:
No. FOTOCOPIAS: 1500=
AUTORIZA:

Departamento del Meta
Empresa Social del Estado
GOBERNACIÓN DEL META

FECHA: 2024-07
FUNCIONARIO:
No. FOTOCOPIAS: 400=
AUTORIZA:

Departamento del Meta
Empresa Social del Estado
GOBERNACIÓN DEL META

FECHA: 2024-07
DEPENDENCIA:
No. FOTOCOPIAS: 200=
AUTORIZA:

Departamento del Meta
Empresa Social del Estado
GOBERNACIÓN DEL META

FECHA: 2024-07
DEPENDENCIA:
No. FOTOCOPIAS: 1200=
AUTORIZA:

Departamento del Meta
Empresa Social del Estado
GOBERNACIÓN DEL META

FECHA: 2024-07
DEPENDENCIA:
No. FOTOCOPIAS: 600=
AUTORIZA:

Departamento del Meta
Empresa Social del Estado
GOBERNACIÓN DEL META

FECHA: 2024-07
DEPENDENCIA:
No. FOTOCOPIAS: 450=
AUTORIZA:

Departamento del Meta
Empresa Social del Estado
GOBERNACIÓN DEL META

FECHA: 2024-06
FUNCIONARIO:
No. FOTOCOPIAS: 325=
AUTORIZA:

2.303

Departamento del Meta
Empresa Social del Estado
GOBERNACIÓN DEL META

FECHA: 2024-07
DEPENDENCIA:
No. FOTOCOPIAS: 900=
AUTORIZA:

Departamento del Meta
Empresa Social del Estado
GOBERNACIÓN DEL META

FECHA: 2024-07
DEPENDENCIA:
No. FOTOCOPIAS: 190=
AUTORIZA:

GOBERNACIÓN DEL META

FECHA: 2024-06
DEPENDENCIA: Asistencial
No. FOTOCOPIAS: 317=
AUTORIZA:

4182

	0	Version 3	Codigo FR-CON-04	
	ASIGNACION DE COSTOS	FECHA VIGENCIA 2018/02/22	Documento Controlado	

NOMBRE CONTRATISTA	NELSY BERNAL DUARTE
PERIODO	03/06/2024 AL02/07/2024
No. CONTRATO	619

425			
		PROCENTAJE	
01	SEDE CENTRAL	100	%
02	SAN JUAN ARAMA		%
03	LEJANIAS		%
04	LA URIBE		%
05	MESETAS		%
06	LA MACARENA		%
07	PUERTO CONCORDIA		%
08	MAPIRIPAN		%
09	PUERTO LLERAS		%
10	VISTA HERMOSA		%
11	EL CASTILLO		%
12	EL CALVARIO		%
13	SAN JUANITO		%
14	PUERTO GAITAN		%
15	CABUYARO		%
16	BARRANCA DE UPIA		%
17	CUMARAL		%
18	RESTREPO		%
TOTAL		100	%

CENTRO DE COSTOS		
1	ASISTENCIAL	VALOR
101314	HOSPITALIZACIÓN	
102311	CONSULTA EXTERNA	
103323	URGENCIAS	
104317	P. Y P. ODONTOLOGIA	
104318	PROMOCION Y PREVENCION	
104319	ARCHIVO P Y P	
106320	EPIDEMIOLOGIA (VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA)	
108315	LABORATORIO CLINICO (APOYO DIAGNOSTICO)	
108319	RAYOS X (APOYO DIAGNOSTICO)	
109328	REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA	
110001	CIRUGIA	
111001	ARCHIVO HISTORIAS CLINICAS (SUBG. ASISTENCIAL)	
111002	SUBGERENCIA ASISTENCIAL	
111004	TAMIZAJE O ENCUESTAS	
112000	AMBULANCIA	
114001	ACTIVIDADES PLANES DE INTERVENCIONES COLECTIVAS.	
113000	ODONTOLOGIA GENERAL	
TOTAL		

2	ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO	VALOR
201111	GERENCIA	$1.550.070
201112	CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO	
201113	OFICINA ASESORA JURIDICA	
201114	OFICINA ASESORA DE PLANEACION	
201115	OF. ASESORA DE CONTROL INTERNO	
201116	SISTEMAS DE INFORMACIÓN	
201218	CENTRO DE DOCUMENTACIÓN	
201220	RECURSO HUMANO	
201221	BIENESTAR SOCIAL Y SALUD OCUPA	
201222	MANTENIMIENTO	
201223	VIGILANCIA	
201224	SERVICIOS GENERALES	
201313	FARMACIA	
201316	MEDIO AMBIENTE	
201321	SERVICIO AL CIUDADANO	
201324	MERCADEO	
201325	AUDITORIA MEDICA	
201326	CALIDAD	
201327	ORIENTADOR	
201328	GASTOS GENERALES	
201329	PSICOLOGIA	
201330	INFRAESTRUCTURA	
201331	AUDITORIA	
201332	RECEPCION	$309.960
201333	PLANEACION	
201334	COORDINADOR ASISTENCIAL	
201335	ARCHIVO ADMINISTRATIVO	
202211	SUBG. ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	$620.010
202212	CONTABILIDAD	
202213	PRESUPUESTO	
202214	FACTURACIÓN	
202215	CARTERA	
202216	TESORERIA	
202217	COMPRAS	
202219	ALMACEN	
TOTAL		$2.480.040

Para constancia se firma en Villavicencio a los 9 de Julio de 2024.

Mary Yanent Jimenez

MARY YANENT JIMENEZ GUTIERREZ

SUPERVISOR