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: 02
FECHA: 2020-05-04

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 2245 2019	**C.D.P. No.:**	188	**Proceso al que pertenece:**	PLAN DE SALUD PÚBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
				Unidad a la que pertenece:	SALUD PUBLICA-VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA

Nombre del Contratista: ADRIANA DIAZ BELLO **C.C.** 52.968.473 **de:** BOGOTÁ

Fecha Inicio: 2019-02-01 **Fecha Terminación incial:** 2019-03-03 **Valor Mensual:** $ 4.668.657 **Valor a cobrar:** $ 4.668.657

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 3.600.000	536	2019-03-04	2019-04-03
2	$ 10.783.440	738	2019-04-04	2019-08-03
3	$ 3.472.012	1704	2019-08-04	2019-09-03
4	$ 7.439.960	1901	2019-09-04	2019-10-15
5	$ 4.966.098	2561	2019-10-15	2019-11-20
6	$ 6.650.977	2988	2019-11-21	2020-01-03
7	$ 1.211.220	3216		
8	$ 3.351.107	3563	2020-01-04	2020-03-03
9	$ 4.198.977			
10	$ 3.714.480	597	2020-03-04	2020-04-03
11	$ 3.714.480	960	2020-04-04	2020-05-03
12	$ 3.714.480		2020-05-04	2020-06-03
13	$ 4.215.045	1499	2020-06-04	2020-06-30
14	$ 9.613.492	1657	2020-07-01	2020-08-31
15	$ 9.337.314	2710	2020-09-01	2020-10-31
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	FEBRERO	$ 3.600.000	$ 445.500	32783087
2	MARZO	$ 3.600.000	$ 445.500	33632966
3	ABRIL	$ 3.714.408	$ 445.500	33632966
4	MAYO	$ 3.472.231	$ 459.800	33995652 - 34882848
5	JUNIO	$ 3.714.480	$ 459.800	35477723
6	JULIO	$ 3.714.333	$ 459.800	36145803
7	AGOSTO	$ 3.714.480	$ 459.800	36761074
8	SEPTIEMBRE	$ 3.714.480	$ 459.800	37454947
9	OCTUBRE	$ 3.714.480	$ 459.800	38025507
10	NOVIEMBRE	$ 3.714.480	$ 459.800	38649160
11	DICIEMBRE	$ 3.714.480	$ 459.800	39306178
12	HORAS EXTRAS	$ 1.211.220	$ 459.800	39306178
13	ENERO	$ 3.714.480	$ 609.600	39655318
14	FEBRERO	$ 3.714.480	$ 459.800	40527373
15	MARZO	$ 3.714.480	$ 459.800	41188795
16	ABRIL	$ 3.714.480	$ 459.800	41943668
17	MAYO	$ 3.714.480	$ 459.800	42540475
18	JUNIO	$ 363.366 $ 4.211.918	$ 459.800	43312711
19	JULIO	$ 4.668.657	$ 578.000	44057712
20	AGOSTO	$ 4.668.657	$ 578.000	44423217
21	SEPTIEMBRE	$ 4.668.657	$ 578.000	45096445
22	OCTUBRE	$ 4.668.657	$ 578.000	45787718

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 3.714.480	$ 83.697.562	$ 83.421.384	$ 276.178

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO EN EPIDEMIOLOGÌA DESARROLLANDO ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PÚBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2020-10-01 **Hasta:** 2020-10-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO	
		ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUTO O EVIDENCIA
1	Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE.	Desarrollar actividades y productos correspondientes a la obligación del contrato. Realizar auditoria interna de Investigaciones Epidemiológicas de Campo de alto impacto del subsistema Transmisibles.	VIGILANCIA_EPIDEMIOLÓGICA\SIVIGILA_2020_ IEC_SIVIGILA_ EVENTOS
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.	*Revisión y organización de auditoria del mes de septiembre y octubre del evento SARS COV 2 COVID 19 de las localidades de interés de la Subred. *Revisión de las bases de resultados de los eventos que lo requieren para clasificacion final de caso. *Seguimiento a contactos relacionados con los eventos notificados. *Envío de correos a otras instituciones solicitando los soportes requeridos para la Intervenciones Epidemiológicas de Campo.	VIGILANCIA_EPIDEMIOLÓGICA\SIVIGILA_2020_ IEC_SIVIGILA_ EVENTOS\345_ESI_IRAG\346_COVID-19
3	Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.	Entrega de cronograma de actividades mes octubre 2020 ajustado y cronograma del mes noviembre 2020.	VIGILANCIA_EPIDEMIOLÓGICA\CARPETAS_PERSONALES_2020\ ADRIANA_DIAZ
4	Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estándares de habilitación y acreditación de servicios de salud.	Asistencia a reunión mensual de área. Asistencia a reunion de transmisibles.	SIVIGILA_2020 PRODUCTOS_DE GESTIÓN_REUNIONES
5	Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal. Contenidas en el formato de necesidad del personal que hace parte integral del presente contrato.	Seguimiento a realización de las Investigaciones Epidemiológicas de Campo de alto impacto de los eventos asignados.	VIGILANCIA_EPIDEMIOLÓGICA\SIVIGILA_2020_ IEC_SIVIGILA_ EVENTOS\345_ESI_IRAG\346_COVID-19
6			

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

Adriana Diaz Bello
Firma del Contratista

C.C. 52.968.473 **de** BOGOTÁ

FIRMA DEL LIDER O PROFESIONAL QUE VERIFICA LAS ACTIVIDADES	
NOMBRE:	LADY VIVIANA RODRIGUEZ GALINDO CC:52975852
CARGO:	LIDER TRANSMISIBLES VSP
FIRMA	

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	MARIA CRISTINA DUARTE GARZON CC: 35376691
CARGO:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO EN SALUD
FIRMA	

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52968473	ADRIANA DIAZ BELLO	KR 20 63 C 47	4645260	adiazbe@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
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
2020-09	2020-09	I	05/10/2020	45787718	$578.000

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	233.500	0		0		0	0	0	0	233.500	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	298.900	0	0	0	0	0	0		298.900	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	45.600				45.600	0	0	45.600			456	45.600	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	233.500	233.500
Pensión	1	298.900	298.900
Riesgos Laborales	1	45.600	45.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	578.000	578.000

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52968473	ADRIANA DIAZ BELLO	KR 20 63 C 47	4645260	adiazbe@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
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
2020-09	2020-09	I	05/10/2020	45787718	TOTAL A PAGAR	
					$578.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Suldpo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	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	52968473	DIAZ BELLO ADRIANA	59	0			N																	25-14	1.868.000	298.900	0	0	0	0	EPS005	1.868.000	233.500	14-7	1.868.000	3	45.600		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Estamos actualizando el diseño de miplanilla.com. Prueba nuestra nueva versión. Quiero Probar

Planillas / Resumen de pago

Información básica de la planilla

Empresa:	ADRIANA DIAZ BELLO	**Nit:**	52968473
Tipo planilla:	I	**Periodo liquidación Pensiones**	Septiembre 2020
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	Septiembre 2020
Número de radicación:	45787718	**Total a pagar:**	$578,000
Fecha de vencimiento:	19/10/2020	**Total de empleados:**	1
Fecha de pago:	05/10/2020	**Número de administradoras:**	3

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	**Nit recaudo:**	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	**Medio de pago:**	Pago Electronico por PSE
Banco:	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	**Número de aprobación:**	762227971
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	$45,600
25-14	900336004	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	1		$0.00	$298,900
EPS005	800251440	Sanitas EPS	1		$0.00	$233,500
						$578,000

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

»Ver planillas pagadas

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

Exportar reporte a Excel Exportar reporte a PDF

Imprimir transacción

https://www.miplanilla.com/
Todos los derechos reservados © 2020 . Compensar - Cenet S.A.

certicámara. Acerca de los certificados SSL

compensar | miplanilla.com Comfenalco Valle delagente