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 5495 2020	C.D.P. No.:	2797	Proceso al que pertenece:	PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC
				Unidad a la que pertenece:	SALUD PUBLICA
Nombre del Contratista:	PAULA ANDREA ANGEL CRUZ			C.C. 1.019.074.688	de: BOGOTA
Fecha Inicio:	2020-09-03	Fecha Terminación incial:	2020-10-31	Valor Mensual: $ 3.570.149	Valor a cobrar: $ 3.570.149

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	SEPTIEMBRE	$ 3.337.316	$ 0	se anexa soporte de afiliacion salud y pension
2	OCTUBRE	$ 3.570.149	$ 413.300	8345370837
3			$ 35.400	46065542
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				

Resumen de contrato	VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
	$ 7.140.298	$ 7.140.298	$ 6.907.465	$ 232.833

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS DE APOYO DE ACUERDO A SU PERFIL ACADÉMICO, PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E., CON DISPONIBILIDAD EN CUMPLIMIENTO DE LA MISION Y VISIÓN DE LA MISMA.

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.	Se efectuan IEC y seguimientos a usuarios notificado de vigilancia epidemiologica correspondiente a COVID 19 , realizando orientacion a sus contactos estrechos en : SENSIBILIZACION PARA EL RECONOCIMIENTO DE SINTOMAS ASOCIADOS A COVID 19 E IRA, LIMPIEZA Y DESINFECCION DE LA VIVIENDA, LAVADO DE MANOS Y USO DE TAPABOCAS.	El registro de los seguimientos y de las IEC se encuentran en los escritorios remotos de SIVIGILA 2020y el correo electronico epidemiologia@subredcentrooriente.gov.co.
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 registra cada uno de los casos que llegan como notificacion sean positivos o probables a las respectivas carpetas remotas que se encuentran en SIVIGILA 2020. con sus documentos respectivos. LABORATORIO, HC, IEC, FICHA.	El registro de los seguimientos y de las IEC se encuentran en los escritorios remotos de SIVIGILA 2020y el correo electronico epidemiologia@subredcentrooriente.gov.co. Se verifica cada caso y su resultado en las bases suministradas por la SDS, de igual
3	Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar	Realizacion de ajustes a plan de trabajo del mes de Agosto.	Se deja como evidencia en el formato excel el cronograma de actividades en fisico.
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 estandares de habilitación y acreditación de servicios de salud.	Asistencia y fortalecimiento a reuniones de equipo virtuales como capacitacion IEC y socializacion de nuevos lienamientos COVID 19 por AVPS.	se deja como evidencia las grabaciones en el correo se SIVIGILA.
5	Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacios de vida o componente transversal. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.	Se realiza seguimientos telefonica y virtual segun programacion de actividades de acuerdo a alerta en salud y requerimiento del estado por COVID 19.	la evidencia se encuentra en cada unA de las carpetas de acceso remoto al servidor SIVIGILA 2020.

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

Paula Angel
Firma del Contratista

C.C. 1.019.113.550 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	LADY VIVIANA RODRIGUEZ GALINDO CC 52975862
CARGO:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO
FIRMA	

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

Señor(es): paula andrea angel cruz
Nit: CC 1019113550
Dirección: calle 130B 14-80
Teléfono: 5363030 **Fax:** 5363030
Ciudad: BOGOTA, D.C.

Respetado(s) señor(es)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:

compensar | miplanilla.com

Nombre	paula andrea angel cruz
Tipo y número de identificación	1019113550
Número de radicación planilla	8345370837
Fecha de pago	9/14/2020
Número de autorización de pago	1000000318
Banco	1001
Valor Comisión	$0

Número de empleados	1
Periodo cotización salud	Septiembre 2020
Periodo cotización pensión	Septiembre 2020
Periodo cotización caja	Septiembre 2020
Número de administradoras	2
Total Pagado	$413.300
Total interes mora	$0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
230301	Porvenir	$232.000	1
EPS005	Sanitas EPS	$181.300	1

PAGADO 1000000318

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

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

El aportante **paula andrea angel cruz**, identificado con **CC** número **1019113550**, aportó en nombre de **paula andrea angel cruz**, identificado(a) con **CC** número **1019113550** en su condición a la fecha como tipo de cotizante **3 - Independiente** por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social, mediante la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes, para los periodos comprendidos en pensión **2020-09** y salud **2020-09** de la siguiente manera:

CÓDIGO	NOMBRE DE ADMINISTRADORA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECCIÓN	DÍAS	IBC	COTIZACIÓN	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO PARAFISCALES Y SALUD
230301	Porvenir															0		30	$1.450.000	$232.000	$0	$0	Septiembre - 2020	8345370837	14/09/2020	N
EPS005	Sanitas EPS															0		30	$1.450.000	$181.300	$0	$0	Septiembre - 2020	8345370837	14/09/2020	N

El presente certificado se expide a los 14 dias del mes Septiembre de 2020

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

ISO / IEC 27001
icontec
Certificado Nº SI 006-1

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	1019113550	paula andrea angel cruz	calle 130B 14-80	5363030	PaBangel@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	CANTIDAD UPC
8345370837	14/09/2020				1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2020-09	2020-09	N	19/10/2020	46065542	$35.400	

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					

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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	35.400				35.400	0	0	35.400			354	35.400	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	35.400	35.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	1	35.400	35.400

PAGADA
46065542

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	1019113550	paula andrea angel cruz		calle 130B 14-80	5363030	Pa8angel@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	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
8345370837	14/09/2020				
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2020-09	2020-09	N	19/10/2020	46065542	$35.400

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	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	1019113550	angel cruz paula andrea	59	0			N																	230301	1 450 000	232 000	0	0	0	0	EPS005	1 450 000	181 300	14-23	1 450 000	3	35 400		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:	paula andrea angel cruz	**Nit:**	1019113550
Tipo planilla:	N	**Periodo liquidación Pensiones**	Septiembre 2020
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	Septiembre 2020
Número de radicación:	46065542	**Total a pagar:**	$35,400
Fecha de vencimiento:	14/10/2020	**Total de empleados:**	1
Fecha de pago:	19/10/2020	**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 BBVA COLOMBIA S.A.	**Número de aprobación:**	774306959
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
14-23	860011153	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	1		$0.00	$35,400
						$35,400

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

»Ver planillas pagadas

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

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

Exportar reporte a Excel Exportar reporte a PDF

Imprimir transacción

dos los derechos reservados © 2020 . Compensar - Cenet S.A.

certicámara. Acerca de los certificados SSL

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

Señor(a): PAULA ANDREA ANGEL CRUZ
No. Identificación: CC1019113550
Dirección: CALLE 130B 14-80
Telefono: 5363030
Correo: Pa8angel@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8345370837

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	PAULA ANDREA ANGEL CRUZ
Tipo y número de identificación	CC1019113550
Número de planilla	8345370837
Fecha pago	2020-09-14
Número de autorización pago	1000000318
Banco	1001

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	septiembre de 2020
Periodo de Cotización Pensión	septiembre de 2020
Número de Administradoras	2
Total Pagado	413300
Total Intereses de Mora	0

PAGADA
8345370837

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
230301	Porvenir	232000	1
EPS005	Sanitas EPS	181300	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1019113550
APELLIDOS Y NOMBRES: PAULA ANDREA ANGEL CRUZ

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	230301	1450000	1450000	0	0	181300	0	232000	0	0	0

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

Banco de Bogotá

NIT. 860.002.964-4

Comprobante de Recaudos

ESPACIO PARA EL TIMBRE

Esta transacción está sujeta a verificación posterior. El(los) cheque(s) depositado(s) se reciben "Salvo buen cobro" de manera que la operación solo se entiende efectiva si el (los) cheques(s) son pagado(s) por el (los) banco(s) librados. En caso de que el(los) cheque(s) 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 inconveniente comuníquese con la entidad emisora de su tarjeta.

Banco de Bogotá - Recaudo Bill
Cod 000030 BALANCED [illegible]
Fec:2019/20 13:28 30030 [illegible]
202009 03 Mi Planilla
PLANILLA No.0000083463370837
Identificacion1019117550
VALOR PLANILLA:413,300.00
Otros Cuenta 0.00
Efectivo:413,300.00

VALOR $ _____

21303332 (CRE_FOR_005 V1 21/01/2016)

Verifique que la información impresa en este formato sea correcta