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 2018 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:** CINDY PAOLA DAZA RUEDA **C.C.** 1.026.257.286 **de:** BOGOTA

**Fecha Inicio:** 2019-02-01 **Fecha Terminación Incial:** 2019-03-03 **Valor Mensual:** $ 3.714.480 **Valor a cobrar:** $ 3.714.480

| 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 | $ 3.714.480 | 1611 | 2019-08-04 | 2019-09-03 |
| 4 | $ 7.439.960 | 1901 | 2019-09-04 | 2019-10-14 |
| 5 | $ 4.966.098 | 2561 | 2019-10-15 | 2019-11-20 |
| 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 | FEBRERO | $ 3.600.000 | $ 445.500 | 32000074 ENERO |
| 2 | MARZO | $ 3.600.000 | $ 445.500 | 33162323 FEBRERO |
| 3 | ABRIL | $ 3.714.480 | $ 445.500 | 33781481 MARZO |
| 4 | MAYO | $ 3.714.480 | $ 459.800 | 34399696 ABRIL<br>34817401 ABRIL |
| 5 | JUNIO | $ 3.714.480 | $ 459.800 | 35042145 MAYO |
| 6 | JULIO | $ 3.714.480 | $ 459.800 | 35633731 JUNIO |
| 7 | AGOSTO | $ 3.714.480 | $ 459.800 | 36300235 JULIO |
| 8 | SEPTIEMBRE | $ 3.714.480 | $ 459.800 | 36936077 AGOSTO |
| 9 | OCTUBRE | $ 3.714.480 | $ 459.800 | 37572936 SEPTIEMBRE |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |
| 14 | | | | |
| 15 | | | | |
| 16 | | | | |
| 17 | | | | |
| 18 | | | | |
| 19 | | | | |
| 20 | | | | |
| 21 | | | | |
| 22 | | | | |

**Resumen de contrato**

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 3.960.000 | $ 34.463.978 | $ 33.201.360 | $ 1.262.618 |

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

**OBJETO DEL CONTRATO**

PRESTAR SERVICIOS COMO MEDICO VETERINARIO ESPECIALIZADO DESARROLLANDO ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE

**Relación de actividades para el periodo:** **Desde:** 2019-10-01 **Hasta:** 2019-10-31

| | OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta) | DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN |
|---|---|---|
| 1 | Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE. | Clasificación de las zonas según condición de exposición y aleatorización de la población a seleccionar de acuerdo a la muestra establecida<br>Desarrollo de la metodología de intervención. Seguimiento y acompañamiento en campo (instante y retrospectivo) al cumplimiento de la muestra por zonas de exposición.<br>Seguimiento a muestra mensual por tematica, localidad y UPZ. |
| 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. | Asistencia a reunión Mensual de linea ARREM<br>Asistencia a Mesa de canalizaciones Subred Centro Oriente ESE<br>Seguimiento a canalizaciones y activación de ruta - actividades linea ARREM<br>Consolidación y análisis de información de la linea y participación y aportes en Sala Situacional - Gestión del riesgo (Enfermedades crónicas y bajo peso al nacer posble relación Tabaquismo)<br>Ajuste de inconsistencias boletines I Trimestre 2019 localidades Rafael Uribe Uribe, Antonio Nariño y Santa Fe para publicación<br>Elaboración de informe Jornadas de profundización en temática de olores localidades de Antonio Nariño, Candelaria y Santa Fe<br>Ánalisis de indicadores locales temática de aire, ruido y REM<br>Actualizacion de indicadores y presentacion estandarizada. |
| 3 | Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. | Elaboración de cronograma mensual con las actividades proyectadas a desarrollar. |
| 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. | Revisión de soportes de formatos de quejas, diagnósticos de monitoreo y caracterización de zonas centinela en las temáticas de aire, ruido y REM en medio fisico y digital al 100%. |
| 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. | Realizacion de seguimientos y acompañamiento de campo establecidos a las actividades de aire, ruido y REM, realizadas durante el mes garantizando la veracidad del dato a las encuestas objeto de seguimiento. |

**Observaciones:**

Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL
En caso de tener contrato nuevo se debe anexar también la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro

**Firma del Contratista**

**C.C.** 1.026.257.286 **de** BOGOTA

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS | |
|---|---|
| NOMBRE: | JAVIER RICARDO PEÑUELA PEREZ |
| CARGO: | REFERENTE VIGILANCIA SANITARIA |
| FIRMA | |

REVISADO

# Planillas / Resumen de pago

## Información básica de la planilla

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Empresa:** | Cindy Paola Daza Rueda | **Nit:** | 1026257286 |
| **Tipo planilla:** | I | **Periodo liquidación Pensiones** | Septiembre 2019 |
| **Sucursal o Dependencia:** | PRINCIPAL | **Periodo liquidación Salud:** | Septiembre 2019 |
| **Número de radicación:** | 37572936 | **Total a pagar:** | $489,600 |
| **Fecha de vencimiento:** | 21/10/2019 | **Total de empleados:** | 1 |
| **Fecha de pago:** | 15/10/2019 | **Número de administradoras:** | 4 |

## 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 FALABELLA | **Número de aprobación:** | 507647515 |
| **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 | $36,200 |
| 25-14 | 900336004 | Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones | 1 | | $0.00 | $237,800 |
| CCF24 | 860066942 | Compensar Caja de Compensacion Fliar | 1 | | $0.00 | $29,800 |
| EPS008 | 860066942 | Compensar EPS | 1 | | $0.00 | $185,800 |
| | | | | | | **$489,600** |

*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



dos los derechos reservados © 2019 . Compensar - Cenet S.A.

compensar | miplanilla.com Comfenalco Valle delagente

certicámara.

Acerca de los certificados SSL

ISO / IEC 27001 icontec Certificado N° SI 006-

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 | 1026257286 | Cindy Paola Daza Rueda | CALLE 10 N 81 B 55 CASA 193 | 4718790 | cpdazar1@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 | |
| 2019-09 | 2019-09 | I | 15/10/2019 | 37572936 | $489,600 | |

## 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 | 185,800 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 185,800 | 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 | 237,800 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 237,800 | 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 Bolívar S.A. | 860002503-2 | 36,200 | | | | 36,200 | 0 | 0 | 36,200 | | | 362 | 36,200 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CCF24 | Compensar Caja | 860066942-7 | 29,800 | 0 | 0 | 29,800 | 1 |

**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 | 185,800 | 185,800 |
| Pensión | 1 | 237,800 | 237,800 |
| Riesgos Laborales | 1 | 36,200 | 36,200 |
| CCF | 1 | 29,800 | 29,800 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 4 | 489,600 | 489,600 |

PAGADA 04572936

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 | 1026257286 | Cindy Paola Daza Rueda | | CALLE 10 N 81 B 55 CASA 193 | 4716790 | cpdazar1@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: 1 / UPC: 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR |
| 2019-09 | 2019-09 | I | 15/10/2019 | 37572936 | $489,600 |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Colombia | Sufijo | Extranjero | Cotiz. exterior | Pensionado | IRP | 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 | Aporta SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporta MEN |
| 1 | CC | 1026257286 | DAZA RUEDA CINDY PAOLA | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | 25-14 | 1.486.000 | 237.900 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS008 | 1.486.000 | 185.600 | 14-7 | 1.486.000 | 3 | 38.200 | CCF24 | 1.485.800 | 29.600 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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