

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-1A-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 PÚBLICA-VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA

Nombre del Contratista: CINDY PAOLA DAZA RUEDA C.C. 1 026 257 286 de: BOGOTÁ

Fecha Inicio: 2019-02-01 Fecha Terminación Inicial: 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                | \$ 6.650.977  | 2988 | 2019-11-21      | 2019-01-03           |
| 7                | \$ 3.351.107  | 3563 | 2020-01-04      | 2020-03-03           |
| 8                | \$ 4.198.977  | 189  |                 |                      |
| 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                  | 32990674 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                  | 34399066 ABRIL      |
| 5      | JUNIO                  | \$ 3.714.480  | \$ 459.800                  | 34817401 ABRIL      |
| 6      | JULIO                  | \$ 3.714.480  | \$ 459.800                  | 35042145 MAYO       |
| 7      | AGOSTO                 | \$ 3.714.480  | \$ 459.800                  | 35933731 JUNIO      |
| 8      | SEPTIEMBRE             | \$ 3.714.480  | \$ 459.800                  | 36300235 JULIO      |
| 9      | OCTUBRE                | \$ 3.714.480  | \$ 459.800                  | 36936077 AGOSTO     |
| 10     | NOVIEMBRE              | \$ 3.714.480  | \$ 459.800                  | 37572936 SEPTIEMBRE |
| 11     | DICIEMBRE              | \$ 3.714.480  | \$ 459.800                  | 38231552 OCTUBRE    |
| 12     | ENERO                  | \$ 3.714.480  | \$ 459.800                  | 38853848 NOVIEMBRE  |
| 13     | FEBRERO                | \$ 3.714.480  | \$ 459.800                  | 39535337 DICIEMBRE  |
| 14     |                        |               |                             | 40157654 ENERO      |
| 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               | \$ 48.665.039            | \$ 48.059.280    | \$ 605.759         |

### 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 PÚBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE

Relación de actividades para el periodo: Desde: 2020-02-01 Hasta: 2020-02-29

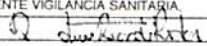
| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)                                                                                                                                                                                                                       | DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERÍODO 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.                                                                                                                                                             | Alistamiento de Plan de trabajo y metodología 2020<br>Ajuste del Desarrollo de la metodología de intervención<br>Acompañamiento en campo intervención manzanas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 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 línea ARREM<br>Asistencia a reunión distrital: Unificación de criterios verificación calidad encuestas<br>Asistencia a Mesa de trabajo "CAFe y Libro" Universidad de los Andes - Estrategia implementación RIAS y Calidad del aire<br>Seguimiento a canalizaciones y activación de ruta - actividades línea ARREM<br>Alistamiento y ejecución de Sala Situacional - Gestión del riesgo (Enfermedades crónicas y bajo peso - contaminación del aire)<br>Elaboración de Boletines IV trimestre 2019 RUU, Antonio Nariño y Santa Fe<br>Actualización de indicadores y presentación 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 en las temáticas de aire, ruido y REM en medio físico 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                                                          | Realización 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

C.C. 1 026 257 286 de BOGOTÁ

Firma del Contratista

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

Empleados

Planillas

Documentos

Reportes

Cesantías

Pensiones Voluntarias

Salir

Periodo Pensión: Febrero 2020. Periodo Salud: Febrero 2020.

Febrero 14 de 2020 / 6:47 AM

[Inicio](#) > [Planillas](#) > **Resumen de pago**

Planillas / Resumen de pago

Información básica de la planilla

|                         |                        |                               |            |
|-------------------------|------------------------|-------------------------------|------------|
| Empresa:                | Cindy Paola Daza Rueda | Nit:                          | 1026257286 |
| Tipo planilla:          | I                      | Periodo liquidación Pensiones | Enero 2020 |
| Sucursal o Dependencia: | PRINCIPAL              | Periodo liquidación Salud:    | Enero 2020 |
| Número de radicación:   | 40157954               | Total a pagar:                | \$489,600  |
| Fecha de vencimiento:   | 20/02/2020             | Total de empleados:           | 1          |
| Fecha de pago:          | 11/02/2020             | 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: | 562049604                |
| 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

| DATOS DEL APORTANTE |                         |        |                                |                    |                    |  |
|---------------------|-------------------------|--------|--------------------------------|--------------------|--------------------|--|
| NÚMERO              | NOMBRE APORTANTE        |        | DIRECCIÓN                      | TELÉFONO           | CORREO             |  |
| 1026257286          | Grady Paola Ocaza Rueda |        | CALLE 10 N 81 B 55<br>CASA 193 | 4718780            | cpdzar1@icdnat.com |  |
| CLASE APORTANTE     | NOMBRE SUCURSAL         | CÓDIGO | DEPARTAMENTO                   | CIUDAD / MUNICIPIO |                    |  |
| 1 - 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) | CANTIDAD                |     |
|                      |                                   |               |                          | EMPLEADOS               | UPC |
| PERIODO SALUD        | 2020-01                           |               |                          | 1                       | 0   |
| 2020-01              | 2020-01                           | I             | 11/02/2020               | TOTAL A PAGAR \$480,600 |     |

## IZANTE

[illegible]

| DATOS DEL APORTANTE |                        |        |                                |                    |                      | EXONERADO PAGO<br>PARAFISCALES Y<br>SALUD |
|---------------------|------------------------|--------|--------------------------------|--------------------|----------------------|-------------------------------------------|
| NÚMERO              | NOMBRE APORTANTE       |        | DIRECCIÓN                      | TÉLEFONO           | CORREO               |                                           |
| 1025257286          | Cindy Paola Daza Rueda |        | CALLE 10 N 81 B 55<br>CASA 193 | 4718780            | cpdazap1@hotmail.com | NO                                        |
| CLASE<br>APORTANTE  | NOMBRE<br>SUCURSAL     | CÓDIGO | DEPARTAMENTO                   | CIUDAD / MUNICIPIO |                      |                                           |
| I - Independiente   |                        |        | BOGOTÁ D. C.                   | BOGOTÁ D. C.       |                      | NO                                        |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |               |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|---------------|
| PLANILLA ASIGNADA    | FECHA PAGO ASIGNADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD      |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPL/EGADOS   |
| PERIODO SALUD        |                                   |               |                          |                 | 1             |
|                      |                                   |               |                          |                 | 0             |
|                      |                                   |               |                          |                 | TOTAL A PAGAR |
| 2020-01              | 2020-01                           | I             | 11/02/2020               | 40157854        | \$489,600     |

## POR SUBSISTEMAS

| TOTALES SALUD |  | NT          | Colectividad Obligatoria |
|---------------|--|-------------|--------------------------|
| Nombre        |  |             |                          |
| Compensar EPS |  | 850066642-7 | 185.600                  |

[illegible]

| TOTALES PENSIÓN |             |                        |
|-----------------|-------------|------------------------|
| Nombre          | NIT         | Colización Obligatoria |
| Colaboradores   | 900336004-7 | 237.500                |

[illegible]

| TOTALES RIESGOS LABORALES |             |                           |
|---------------------------|-------------|---------------------------|
| Nombre                    | NIT         | Cotización<br>Obligatoria |
| Seguros Bolívar S.A.      | 860002503-2 | 36.200                    |

| Nombre               | NIT         | Cotización       |       | Aportes Otros<br>Sistemas | Valor Neto<br>Cotización | Días<br>Mora | Valor Mora<br>Cotización | Subtotal<br>Cotización | No. Radicado<br>Saldo a Favor | Valor Saldo a<br>Favor | Fondo<br>Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|----------------------|-------------|------------------|-------|---------------------------|--------------------------|--------------|--------------------------|------------------------|-------------------------------|------------------------|----------------------|---------------|---------------|
|                      |             | No. Autorización | Valor |                           |                          |              |                          |                        |                               |                        |                      |               |               |
| Seguros Bolívar S.A. | 890002503-2 | 36,200           |       |                           | 36,200                   | 0            | 0                        | 36,200                 |                               |                        | 362                  | 36,200        | 1             |

| TOTALES CAJAS  |             |              |
|----------------|-------------|--------------|
| Nombre         | MIT         | Valor Aporte |
| Compartir Caja | 660066542.7 | 29.800       |

| TOTALES PARAFISCALES |                   |               |               |
|----------------------|-------------------|---------------|---------------|
| Días Mora            | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| SENA                 |                   |               |               |
| 0                    | 0                 | 0             | 0             |
| ICBF                 |                   |               |               |
| 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        |
| Pension                | 1                              | 237,800                             | 237,800        |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 36,200                              | 36,200         |
| CCF                    | 1                              | 26,800                              | 29,800         |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0              |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0              |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0              |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0              |
| <b>TOTALES</b>         | <b>4</b>                       | <b>489,600</b>                      | <b>489,600</b> |