SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CODIGO: AP-IA-FT-014
VERSION: 02
FECHA: 2020-05-04

## 1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

| | | | |
|---|---|---|---|
| No. CONTRATO - OPS: | PS 2075 2019 | C.D.P. No.: | 188 |
| Proceso al que pertenece: | PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC - VIGILANCIA DE LA SALUD AMBIENTAL | | |
| Unidad a la que pertenece: | SUBRED CENTRO ORIENTE - VIGILANCIA DE LA SALUD AMBIENTAL | | |
| Nombre del Contratista: | CRISTIAN ANDRES RUIZ MARTIN | C.C. | 1.022.377.989 de: BOGOTA |
| Fecha Inicio: | 2019-02-01 | Fecha Terminación incial: | 2019-03-03 |
| Valor Mensual: | $ 3.570.149 | Valor a cobrar: | $ 3.570.149 |

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | $ 3.000.000 | 536 | 4/03/2019 | 3/04/2019 |
| 2 | $ 8.986.200 | 738 | 4/04/2019 | 2019-08-03 |
| 3 | $ 3.095.400 | 1611 | 2019-08-04 | 2019-09-03 |
| 4 | $ 6.201.800 | 1901 | 2019-09-04 | 2019-10-15 |
| 5 | $ 4.138.458 | 2561 | 2019-10-15 | 2019-11-20 |
| 6 | $ 5.540.984 | 2988 | 2019-11-21 | 2020-01-02 |
| 7 | $ 2.792.589 | 3563 | 2020-01-03 | 2020-03-03 |
| 8 | $ 3.499.148 | 189 | | |
| 9 | $ 3.095.400 | 597 | 2020-03-04 | 2020-04-03 |
| 10 | $ 2.523.424 | 960 | 2020-04-04 | 2020-05-03 |
| 11 | $ 2.691.652 | 1397 | 2020-05-04 | 2020-06-03 |
| 12 | $ 3.058.435 | 1499 | 2020-06-04 | 2020-06-30 |
| 13 | $ 7.302.768 | 1657 | 2020-07-01 | 2020-08-31 |
| 14 | $ 7.140.300 | 2710 | 2020-09-01 | 2020-10-31 |
| 15 | $ 2.405.970 | 3615 | 2020-11-01 | 2020-11-20 |
| 16 | $ 1.183.582 | 3782 | 2020-11-21 | 2020-11-30 |
| 17 | $ 3.570.200 | 3918 | 2020-12-01 | 2020-12-31 |
| 18 | $ 3.570.149 | 4112 | 2021-01-01 | 2021-01-31 |
| 19 | | | | |
| 20 | | | | |
| 21 | | | | |
| 22 | | | | |
| 23 | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| 24 | | | | |

| Nº CTA | MES DE CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR | VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL | NUMERO DE PLANILLA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | FEBRERO | $ 3.000.000 | $ 371.300 | 8655574165 |
| 2 | MARZO | $ 3.000.000 | $ 371.300 | 8654947078 |
| 3 | ABRIL | $ 3.095.400 | $ 371.300 | 8654661113 |
| 4 | MAYO | $ 3.095.400 | $ 383.100 | 8654101738 |
| 5 | JUNIO | $ 3.095.400 | $ 383.100 | 8658448244 |
| 6 | JULIO | $ 3.095.400 | $ 383.100 | 8653528041 |
| 7 | AGOSTO | $ 3.095.400 | $ 383.100 | 8652547875 |
| 8 | SEPTIEMBRE | $ 3.095.400 | $ 383.100 | 8652039808 |
| 9 | OCTUBRE | $ 3.095.400 | $ 383.100 | 8645476476 |
| 10 | NOVIEMBRE | $ 3.095.400 | $ 383.100 | 8601168981 |
| 11 | DICIEMBRE | $ 3.095.400 | $ 383.100 | 8601168981 |
| 12 | ENERO | $ 3.095.400 | $ 383.100 | 8603603257 |
| 13 | FEBRERO | $ 3.095.400 | $ 383.100 | 8604912016 |
| 14 | MARZO | $ 3.095.400 | $ 383.100 | 8605624512 |
| 15 | ABRIL | $ 2.523.424 | $ 383.100 | 8606561649 |
| 16 | MAYO | $ 2.691.680 | $ 309.700<br>$ 2.800 | 8607143907<br>8607375599 |
| 17 | JUNIO | $ 302.814<br>$ 3.220.895 | $ 333.200 | 8607656077(MAYO) |
| 18 | JULIO | $ 3.570.149 | $ 436.200 | 8608219619(JUNIO) |
| 19 | AGOSTO | $ 3.570.149 | $ 442.000 | 8608652867 (JULIO) |
| 20 | SEPTIEMBRE | $ 3.570.149 | $ 442.000 | 8608691917 (AGOSTO) |
| 21 | OCTUBRE | $ 3.570.149 | $ 442.000 | 8609582103 (SEPTIEMBRE) |
| 22 | NOVIEMBRE | $ 3.570.149 | $ 442.000 | 8610126472(OCTUBRE) |
| 23 | DICIEMBRE | $ 3.570.149 | $ 442.000 | 8610249742(NOVIEMBRE) |
| 24 | ENERO | $ 3.570.149 | $ 442.000 | 8610696026(DICIEMBRE) |

| Resumen de contrato | VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|---|
| | $ 3.300.000 | $ 77.096.459 | $ 76.874.656 | $ 221.803 |

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO INGENIERO DE ALIMENTOS DESARROLLANDO ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Relación de actividades para el periodo: Desde: 2021-01-01 Hasta: 2021-01-01

| | OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta) | DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO<br>ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 1 | 1. Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE. | Visitias a establecimientos comerciales restaurantes. | Formatos físicos de IVC en archivo central del área VSA y registro de los mismos en el aplicativo SIVIGILA 2 C para el mes certificado. |
| 2 | 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. | Desarrollo de actividades programadas según la planeación del mes | |
| 3 | 3. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. | Se realiza entrega de respectivo cronograma en físico | Programación de actividades entregada vía correo electrónico por líder operativo. |
| 4 | 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. | Soportes de actas de visitas entregadas al líder operativo | Formatos físicos de IVC en rchivo central del área VSA y registros de los mismos en el aplicativo SIVIGILA 2 C para el mes certificado |
| 5 | 5. Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal. | Entrega de soportes en físico en las fechas establecidas | |
| 6 | | | |
| 7 | | | |
| 8 | | | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |

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. 1.022.377.989 de BOGOTA

| VISTO BUENO LIDER O PROFESIONAL QUE VERIFICA LAS ACTIVIDADES | |
|---|---|
| NOMBRE: | ASTRITH CECILIA ASPRILLA Lara CC 52382076 |
| CARGO: | LIDER OPERATIVO DE ALIMENTOS SANOS Y SEGUROS LOCALIDAD RAFAEL URIBE |
| FIRMA | |

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS | |
|---|---|
| NOMBRE: | JAVIER PEÑUELA |
| CARGO: | LIDER PROCESO DE VIGILANCIA SANITARIA |
| FIRMA | Dr Javier Ricardo Peñuela P.<br>Medico Veterinario y Zootecnista<br>Esp. Sanidad Animal<br>T.P 08147 F.U.S.M |

PLANILLA NRO. 8610696026 Tipo I 2020 ASOPAGOS
12

**DATOS GENERALES**

| TIPO | NÚMERO | NOMBRE O RAZÓN SOCIAL | TIPO PRESENTACIÓN | SUCURSAL / DEPENDENCIA | CÓDIGO | PERÍODO PENSIÓN | PERÍODO SALUD | NÚMERO PLANILLA | REFERENCIA DE PAGO (PIN) | TIPO EMPRESA | CLASE APORTANTE | CÓDIGO ARL | CÓDIGO OPERADOR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 1022377989 | CRISTIAN ANDRES RUIZ MARTIN | UNICO | 0 | 0 | 2020-12 | 2020-12 | 8610696026 | 8658448244 | PRIVADA | I | 14-7 | 66 |

| DIRECCIÓN | CIUDAD / MUNICIPIO | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CÓDIGO | TELÉFONO | FAX | CORREO ELECTRÓNICO | ACTIVIDAD ECONÓMICA | VALOR NÓMINA | TOTAL EMPLEADOS | FECHA DE PAGO | FECHA LIMITE DE PAGO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CR 79 10D 95 Torre 16 Apto 601 | BOGOTA | 1 | BOGOTA D.C | 11 | 7027259 | 0 | ANDRUIZ916@GMAIL.COM | 3900 | 0 | 1 | 2021-01-06 | 2021-01-25 |

**TOTAL APORTES A SALUD POR ADMINISTRADORA**

| CÓD / NOMBRE EPS | NIT EPS | COT OBLIGATORIA | UPC ADICIONAL | # AUT INC | VALOR INC | # AUT LIC | VALOR LIC | NETO COT | DÍAS MORA | INTERESES | INTERESES UPC | SUBTOTAL COT | SUBTOTAL UPC | NÚM RAD ANTERIOR | SALDO A FAVOR | SALDO A FAVOR UPC | TOTAL PAGAR | NÚM AFILIADOS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS017 | 830003564 | 178600 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 178600 | 0 | 0 | 0 | 178600 | 0 | 0 | 0 | 0 | 178600 | 1 |

**TOTAL APORTES A PENSIÓN POR ADMINISTRADORA**

| CÓD / NOMBRE AFP | NIT AFP | COT OBLIGATORIA | COT VOL AF | COT VOL AP | FONDO SOL | DÍAS MORA | INTERESES | INTERESES FONDO SOL | TOTAL PAGAR | NÚM AFILIADOS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230201 | 800229739 | 228600 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 228600 | 1 |

**TOTAL APORTES A RIESGOS LABORALES**

| CÓD / NOMBRE ARL | NIT ARL | COT OBLIGATORIA | # AUT INC | VALOR INC | OTROS RIESGOS | NETO COT | DÍAS MORA | INTERESES | SUBTOTAL APORTES | NÚM RAD ANTERIOR | SALDO FAVOR | FONDO SOL | TOTAL PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 14-7 | 860002503 | 34800 | 0 | 0 | 0 | 34800 | 0 | 0 | 34800 | 0 | 0 | 0 | 34800 |

**TOTAL APORTES A ESAP**

| VALOR | DÍAS MORA | INTERESES | TOTAL A PAGAR |
|---|---|---|---|
| 0 | 0 | 0 | 0 |

**TOTAL APORTES A MINISTERIO**

| VALOR | DÍAS MORA | INTERESES | TOTAL A PAGAR |
|---|---|---|---|
| 0 | 0 | 0 | 0 |

**TOTAL APORTES A CAJAS POR ADMINISTRADORA**

| CÓD / NOMBRE CCF | NIT CCF | VALOR APORTE | DÍAS MORA | INTERESES | TOTAL PAGAR | NÚM AFILIADOS |
|---|---|---|---|---|---|---|
| SINCCF | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |

**TOTAL APORTES A ICBF Y SENA**

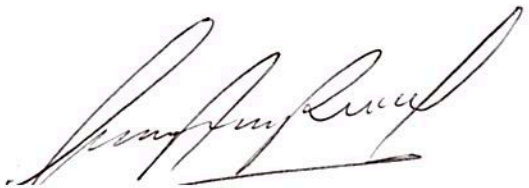
ICBF

| VALOR | DÍAS MORA | INTERESES | TOTAL PAGAR | NÚM AFILIADOS |
|---|---|---|---|---|
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

SENA

| VALOR | DÍAS MORA | INTERESES | TOTAL PAGAR | NÚM AFILIADOS |
|---|---|---|---|---|
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

| NÚMERO ADMINISTRADORAS | |
|---|---|
| PENSIONES | 1 |
| SALUD | 1 |
| RIESGOS LABORALES | 1 |
| CAJAS COMPENSACIÓN | 0 |
| **TOTAL A PAGAR POR ADMINISTRADORA** | |
| PENSIONES | 228600 |
| SALUD | 178600 |
| RIESGOS LABORALES | 34800 |
| CAJAS COMPENSACIÓN | 0 |
| SENA | 0 |
| ICBF | 0 |
| ESAP | 0 |
| MINISTERIO | 0 |
| GRAN TOTAL | 442000 |



Banco AV Villas

COMPROBANTE PAGO DE PLANILLA ASISTIDA P

| Número identificación del Aportante / Pin Único | Valor a Pagar $: |
|---|---|
| 1022377989 | 442000 |

Si usted va a realizar el pago con el número de Planilla, diligencie esta sección:

**PAGO CON NÚMERO DE PLANILLA**

Número de Planilla: 8 6 5 8 4 4 8 2 4 4

Si usted va a realizar el pago con Pin Único, diligencie esta sección:

**PAGO CON PIN ÚNICO**

Operador de Información: Asopagos S.A

Periodo de Cotización a Pagar: Año 2020 Mes 12

**ESTIMADO CLIENTE:**
VERIFIQUE QUE LA INFORMACIÓN IMPRESA EN EL COMPROBANTE SEA CORRECTA Y QUE EL VALOR REGISTRADO CORRESPONDA AL VALOR ORDENADO POR USTED. EL BANCO NO TENDRÁ COPIA DE ESTE FORMATO. EL SOPORTE DE LA TRANSACCIÓN SERÁ EL REGISTRO EN EL SISTEMA. RECUERDE QUE ÉSTE SERÁ EL ÚNICO SOPORTE FÍSICO DE SU TRANSACCIÓN. CONSÉRVELO PARA CUALQUIER VERIFICACIÓN.

CAP-PRO-063-V2

```
AGV 061 20210106 08:28 SC  58  LINEA    D
VR PAGADO:       442,000.00
NOMBRE:ASOPAGOS
CLAVE:8658448244                    D
ID:1022377989
Fecha Aplicación:20210106   PIN:82845
Estimado cliente: Verifique los datos de
su pago. Después de retirarse de la
ventanilla no se aceptan reclamos.
```

FORT