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 2085 2019 **C.D.P. No.:** 188 **Proceso al que pertenece:** PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
Unidad a la que pertenece: SUBRED CENTRO ORIENTE

Nombre del Contratista: Liliana Marcela Gonzalez Gonzalez **C.C.** 1.033.730.569 **de:** Bogota

Fecha Inicio: 2019-02-01 **Fecha Terminación incial:** 2019-03-03 **Valor Mensual:** $ 3.095.400 **Valor a cobrar:** $ 3.095.400

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 3.000.000	536	2019-03-04	2019-04-03
2	$ 8.986.200	738	2019-04-04	2019-08-03
3	$ 3.095.336	1611	2019-08-04	2019-03-09
4	$ 6.201.800	1901	2019-09-04	2019-10-14
5	$ 4.138.458	2561	2019-10-15	2019-11-20
6	$ 5.540.984	2988	2019-11-21	2020-01-03
7	$ 2.792.589	3563	2020-01-04	2020-03-03
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	FEBRERO	$ 3.000.000	$ 371.300	Planilla Enero 32972561
2	MARZO	$ 3.000.000	$ 371.300	Planilla Febrero 33042700
3	ABRIL	$ 3.095.400	$ 371.300	Planilla Marzo 33904675
4	MAYO	$ 3.095.400	$ 383.200	Planilla Abril 34624359
5	JUNIO	$ 3.095.400	$ 383.200	Planilla Mayo 35365832
6	JULIO	$ 3.095.400	$ 383.200	Planilla Junio 35994102
7	AGOSTO	$ 3.095.400	$ 383.200	Planilla Julio 36643765
8	SEPTIEMBRE	$ 3.095.400	$ 383.200	Planilla Agosto 37327043
9	OCTUBRE	$ 3.095.400	$ 383.200	Planilla Septiembre 38069592
10	NOVIEMBRE	$ 3.095.400	$ 383.200	Planilla Octubre 38642957
11	DICIEMBRE	$ 3.095.400	$ 383.200	Planilla Noviembre 39269347
12	ENERO	$ 3.095.400	$ 383.200	Planilla diciembre 39799110
13				
14				
15				
16				
17				
18				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 3.300.000	$ 37.055.367	$ 36.954.000	$ 101.367

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN MEDICINA VETERINARIA 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 period **Desde:** 2020-01-01 **Hasta:** 2020-01-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCION 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.	Se da cumplimiento de las metas establecidas en la linea de Calidad de Agua y sanemaiento basico en el mes de Enero a establecimiento que comercialicen y/o preparen alimentos, en las localidades de Santafe y Martires
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 da cumplimiento de las metas establecidas en la linea de Calidad de Agua y sanemaiento basico en el mes de Enero a 5 establecimientos de educacion formal y no formal, 8 establecimientos de alojamiento < 4 servicios, 2 establecimientos de educacion superior, 3 Institucion prestadora de servicios de salud con servicio de alimentos, 1 gimnasio, 99 horas de apoyo administrativo.
3	Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.	Entrega el cronograma de actividades en las fechas establecidas.
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.	Desarrollo de actividades inherentes al objeto del contrato.
5	Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal.	Desarrollo de intervenciones para la linea según requerimientos de la Subred.

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. 1.033.730.569 **de** Bogota

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	JAVIER PEÑUELA
CARGO:	LIDER PROCESO DE VIGILANCIA SANITARIA
FIRMA	

Planillas / Resumen de pago

Información básica de la planilla

Empresa:	LILIANA MARCELA GONZALEZ GONZALEZ	**Nit:**	1033730569
Tipo planilla:	I	**Periodo liquidación Pensiones**	Diciembre 2019
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	Diciembre 2019
Número de radicación:	39799110	**Total a pagar:**	$408,000
Fecha de vencimiento:	17/01/2020	**Total de empleados:**	1
Fecha de pago:	07/01/2020	**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:	BANCOLOMBIA	**Número de aprobación:**	544595372
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
14-11	890903790	ARL SURA	1		$0.00	$30,200
230301	800224808	Porvenir	1		$0.00	$198,200
CCF22	860007336	Colsubsidio Caja de Compensacion Fliar	1		$0.00	$24,800
EPS017	830003564	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	1		$0.00	$154,800
						$408,000

*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.

compensar | miplanilla.com Comfenalco Valle delagente certicámara

Acerca de los certificados SSL

ISO / IEC 27001 icontec Certificado N° 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	1033730569	LILIANA MARCELA GONZALEZ GONZALEZ		CLL52SUR #24C-41	7694362	marcegon91@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	
2019-12	2019-12	I	07/01/2020	39799110	$408.000	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	154.800	0		0		0	0	0	0	154.800	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
230301	Porvenir	800224808-8	198.200	0	0	0	0	0	0		198.200	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	30.200				30.200	0	0	30.200			302	30.200	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	24.800	0	0	24.800	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	154.800	154.800
Pensión	1	198.200	198.200
Riesgos Laborales	1	30.200	30.200
CCF	1	24.800	24.800
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	408.000	408.000

PAGADA 39799110

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