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 2086 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:** EUGENIA MILENA PACHON REYES **C.C.** 52.422.002 **de:** BOGOTA

**Fecha Inicio:** 2019-02-01 **Fecha Terminación incial:** 2019-03-03 **Valor Mensual:** $ 3.570.152 **Valor a cobrar:** $ 3.570.152

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | $ 3.000.000 | | 2019-02-01 | 2019-04-03 |
| 2 | $ 8.986.200 | 738 | 2019-04-04 | 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 | 2020-01-03 |
| 7 | $ 2.792.589 | 3563 | 2020-01-04 | 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 | $ 2.691.680 | 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 | 1657 | 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 | $ 3.570.152 | 3918 | 2020-12-01 | 2020-12-31 |
| 18 | | | | |
| 19 | | | | |
| 20 | | | | |
| 21 | | | | |
| 22 | | | | |

| Nº CTA | MES DE CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR | VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL | NÚMERO DE PLANILLA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | FEBRERO | $ 3.000.000 | $ 371.300 | 4261608354-ENERO |
| 2 | MARZO | $ 3.000.000 | $ 371.300 | 4266049221 FEBRERO |
| 3 | ABRIL | $ 3.095.400 | $ 383.200 | 4267027752 MARZO |
| 4 | MAYO | $ 3.095.400 | $ 383.200 | 4275182422 ABRIL |
| 5 | JUNIO | $ 3.095.400 | $ 383.200 | 4275207492 MAYO |
| 6 | JULIO | $ 3.095.400 | $ 383.200 | 4285239821 JUNIO |
| 7 | AGOSTO | $ 3.095.400 | $ 383.200 | 4288008375 JULIO |
| 8 | SEPTIEMBRE | $ 3.095.400 | $ 383.200 | 4294835747 AGOSTO |
| 9 | 0CTUBRE | $ 3.095.400 | $ 383.200 | 4301311085 SEPTIEMBRE |
| 10 | NOVIEMBRE | $ 3.095.400 | $ 383.200 | 4306144195 OCTUBRE |
| 11 | DICIEMBRE | $ 3.095.400 | $ 383.200 | 4311153801 NOVIEMBRE |
| 12 | ENERO | $ 2.994.463 | $ 383.200 | 4317101390 DICIEMBRE |
| 13 | FEBRERO | $ 3.095.400 | $ 383.200 | 4318700816 ENERO |
| 14 | MARZO | $ 3.095.400 | $ 383.200 | 4324758079 FEBRERO |
| 15 | ABRIL | $ 2.523.424 | $ 383.200 | 4328862539 MARZO |
| 16 | MAYO | $ 2.691.680 | $ 181.100 | 4336824816 ABRIL |
| 17 | JUNIO | $ 302.814 | $ 214.900 | 4336856572 MAYO |
| 18 | | $ 3.220.898 | | |
| 19 | JULIO | $ 3.570.152 | $ 436.200 | 4345989798 JUNIO |
| 20 | AGOSTO | $ 3.570.152 | $ 436.200 | 4350408787 JULIO |
| 21 | SEPTIEMBRE | $ 3.570.152 | $ 436.200 | 4350447529 AGOSTO |
| 22 | octubre | $ 3.570.152 | $ 436.200 | 4354639414 SEPTIEMBRE |
| 23 | NOVIEMBRE | $ 3.570.152 | $ 436.200 | 4363749362 OCTUBRE |
| 24 | DICIEMBRE | $ 3.570.152 | $ 436.200 | 4363810673 ENERO |

**Resumen de contrato**

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 3.300.000 | $ 73.526.290 | $ 73.203.591 | $ 322.699 |

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

**OBJETO DEL CONTRATO**

PRESTAR SERVICIOS COMO MEDICO VETERINARIO PROFESIONAL 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:** 2020-12-01 **Hasta:** 2020-12-31

| | OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta) | DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 1 | 1. Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE. | Realizar visitas de IVC en la linea de alimentos sanos y seguros en los puntos criticos objetos de intervención. | Entrega de soportes en fisico y digital de actividades en campo |
| 2 | 2. Apoyar la prestación de servicios en el PIC, presentando la información y/o soportes que soliciten y que corresponde al objeto | Entregar los soportes de las actividades realizadas de manera clara y oportuna. | Infotmacion en digital para contestar sdqs solicitudes |
| 3 | 3. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. | Entrega del cronograma en fisico en las fechas establecidas. | Alimentacion en el drive por base priorizada |
| 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. | Acciones de IVC a establecimientos de manera eficaz y efeciente. | control de calidad de soportes en fisico |
| 5 | 5. Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal. | Desarrollo de visitas en campo según programación. | Entrega de soportes en fisico y digital de actividades en campo |

**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

Milena Pachón

**Firma del Contratista**

**C.C.** 52.422.002 **de** BOGOTA

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS | |
|---|---|
| **NOMBRE:** | JULIO GARCIA CC 1098644499 |
| **CARGO:** | LIDER PROCESO DE VIGILANCIA SANITARIA |
| **FIRMA** | |
| **VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS** | |
| **NOMBRE:** | JAVIER PEÑUELA - CC 79,913,818 |
| **CARGO:** | LIDER PROCESO DE VIGILANCIA SANITARIA |
| **FIRMA** | Dr. Javier Ricardo Peñuela P. Médico Veterinario y Zo... Esp. Sanidad An... T.P 08147 F.U.S.M |

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

### DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 52422002 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | EUGENIA MILENA PACHON PACHON |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | CHIA | DEPARTAMENTO: | CUNDINAMARCA |
| DIRECCIÓN: | CALLE 13A 8-04 APA 201 | TELÉFONO: | 8626877 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades reguladoras y facilitadoras de la act |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | UNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

### DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | | 4363810673 | TIPO DE PLANILLA: | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | noviembre | AÑO 2020 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES noviembre AÑO 2020 |
| DÍAS DE MORA: | | | 0 | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | | 2020/12/10 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 9993086191 |

### TOTAL APORTES A PENSIÓN

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| 230201 | 230201- PROTECCION | 1 | $ 228.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 228.500 | $ 0 | $ 228.500 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 228.500** | **$ 0** | **$ 228.500** |

### TOTAL APORTES A SALUD

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | UPC | COTIZACIÓN | UPC | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS005 | EPS005-SANITAS S.A | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 178.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 178.600 | $ 0 | $ 0 | $ 178.600 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 178.600** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 178.600** |

### TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-7 | 14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A. | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 34.800 | $ 34.800 | $ 0 | $ 0 | $ 34.800 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 34.800** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 34.800** |

### TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| CCF22 | CCF22-COLSUBSIDIO | 1 | $ 28.600 | $ 0 | $ 28.600 |
| **SUBTOTALES:** | | | **$ 28.600** | **$ 0** | **$ 28.600** |

### LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | RESIDENTE FISCAL | IGE | IRL | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | | | | ARP | | | | | CCF | | SENA | | ICBF | | ESAP | | MINEDU | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ADMIN | DÍAS COT. | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT. | IBC | COTIZACIÓN | Vr UPC | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT. | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DÍAS COT. | IBC | ADMIN | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE |
| 1 | CC 52422002 | PACHON REYES EUGENIA MILENA | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE | | $ 1.428.061 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | 230201-PROTECCION | 30 | $ 1.428.061 | $ 228.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 228.500 | EPS005-SANITAS S.A. | 30 | $ 1.428.061 | $ 178.600 | $ 0 | $ 178.600 | 14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A. | 30 | $ 1.428.061 | $ 52422002 | $ 34.800 | 30 | $ 1.428.061 | $CCF22-COLSUBSIDIO | $ 28.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| TOTAL | $ 470.500 |
|---|---|

EMPRESA: EFECTIVO LTDA.
NIT.830.131.993-1
Calle 96 No. 12-55 Bogota

ORDEN DE SERVICIO

No OS: 8966571163 DV: 556962

Cajero: EULIMOBU

Cliente beneficiario:
110263 PILA RECAUDO

Fecha: 10/12/2020 14:54:23

PS Recaudador:
906085 EFECTV CRA 8 SUR

Cantidad cupones: 1

Identificacion: 52422002

| | |
|---|---|
| Nombre: | MILENA |
| Apellido 1: | PACHON |
| Apellido 2: | REYES |
| TIPO DOCUMENTO: | CEDULA DE CIUDADANIA |
| TELEFONO: | 3105580069 |
| Codigo Planilla: | 4363810673 |
| Periodo Pago: | 2020/11 |
| Valor Comision: | 0 |
| Valor Iva Comision: | 0 |

| Referencia | Valor |
|---|---|
| 52422002 | $470.500,00 |

Valor recibido: $470.500,00
Forma de pago: EFECTIVO

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.
Con la solicitud y aceptacion de mi parte, de la prestacion de este servicio, entiendase que manifiesto verbalmente mi autorizacion para el tratamiento de los datos personales que voluntariamente he entregado a Efectivo Ltda., Estos datos pueden ser utilizados unica y exclusivamente para la prestacion del servicio convenido.
Linea de servicio al cliente: (1) 6510101
servicioalcliente@efecty.com.co
www.efecty.com.co