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 2107 2019 | **C.D.P. No.:** | 188 | **Proceso al que pertenece:** | PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC |
| | | | | **Unidad a la que pertenece:** | SUBRED CENTRO ORIENTE - SALUD PUBLICA -VIGILANCIA DE LA SALUD AMBIENTAL |

**Nombre del Contratista:** INGRID ISABEL ORTEGA CASTAÑEDA **C.C.** 52.446.531 **de:** BOGOTA

**Fecha Inicio:** 2019-02-01 **Fecha Terminación inicial:** 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 | $ 3.095.400 | 1611 | 2019-08-04 | 2019-09-03 |
| 4 | $ 6.201.800 | 1901 | 2019-09-04 | 2019-10-14 |
| 5 | $ 4.138.458 | 2561 | 2019-10-15 | 2019-11-20 |
| 6 | $ 5.540.948 | 2988 | 2019-11-21 | 2020-01-03 |
| 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 | $ 3.000.000 | $ 372.300 | 4257980117 ( P. ENERO) |
| 2 | MARZO | $ 3.000.000 | $ 372.300 | 4265954052 (P. FEBRERO) |
| 3 | ABRIL | $ 3.095.400 | $ 372.000 | 4274864279(P. MARZO) |
| 4 | MAYO | $ 3.095.400 | $ 383.200 | 4278217723 (P. ABRIL) |
| 5 | JUNIO | $ 3.095.400 | $ 383.200 | 4278751177 (P MAYO) |
| 6 | JULIO | $ 3.095.400 | $ 383.700 | 4283509090 (P. JUNIO) |
| 7 | AGOSTO | $ 3.095.400 | $384.200 | 4294321204(P. JULIO) |
| 8 | SEPTIEMBRE | $ 3.095.400 | $ 384.200 | 4301068059 (P. AGOSTO) |
| 9 | OCTUBRE | $ 3.095.400 | $ 408.800 | 7733672837(P SEPTIEMBRE) |
| 10 | NOVIEMBRE | $ 3.095.400 | $ 408.800 | 7733672896 (P. OCTUBRE) |
| 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 |
|---|---|---|---|
| $ 3.300.000 | $ 34.262.806 | $ 30.763.200 | $ 3.499.606 |

## 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:** 2019-11-01 **Hasta:** 2019-11-30

| | OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta) | DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN |
|---|---|---|
| 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 de la localidad Rafael Uribe Uribe. |
| 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. | Entregar los soportes de las actividades IVC realizadas de manera clara y oportuna. |
| 3 | 3. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. | Entrega del cronograma en fisico en las fechas establecidas. |
| 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. |
| 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. |
| 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

Ingrid Ortega
**Firma del Contratista**

**C.C.** 52.446.531 **de** BOGOTA

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

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 52446531 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | INGRID ISABEL ORTEGA CASTANEDA |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BOGOTA DISTRITO CAPITAL | DEPARTAMENTO: | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL |
| DIRECCIÓN: | BOGOTA | TELÉFONO: | 3636133 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades reguladoras y |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

## DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **7733672896** | | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN | MES: | octubre | PERIODO COTIZACIÓN | MES: | octubre |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: | 2019 | SALUD: | AÑO: | 2019 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2019/11/07 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 517832650 |

## LIQUIDACIÓN GENERAL

| | | | TOTALES | |
|---|---|---|---|---|
| | | | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| **PENSIÓN** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 800229739 | 230201 | 230201- PROTECCION (ING+PROTEC.) | 1 | $ 198.200 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 198.200** |
| **SALUD** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 860066942 | EPS008 | EPS008-COMPENSAR | 1 | $ 154.800 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 154.800** |
| **CAJA DE COMPENSACIÓN** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 860066942 | CCF24 | CCF24-COMPENSAR | 1 | $ 24.800 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 24.800** |
| **RIESGOS PROFESIONALES** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 860002503 | 14-7 | 14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A. | 1 | $ 30.200 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 30.200** |

| | |
|---|---|
| **TOTAL PAGADO:** | **$ 408.000** |

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

DAVIVIENDA

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | | DATOS GENERALES DE LA PLANILLA | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NUMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 52446531 | NUMERO PLANILLA: | 7733672896 | TIPO DE PLANILLA: | | | | | I-INDEPENDIENTES |
| NOMBRE O RAZON SOCIAL: | | | INGRID ISABEL ORTEGA CASTANEDA | PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | octubre AÑO | 2019 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES | octubre AÑO | 2019 |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BOGOTA DISTRITO CAPITAL | DEPARTAMENTO: | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL | DÍAS DE MORA: | | 0 | | | | | |
| DIRECCIÓN: | | TELÉFONO: | 3636133 | FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2019/11/07 | NUMERO AUTORIZACIÓN: | | | | 517832650 |
| 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 | | | | | | | | |

**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 (ING+PROTEC.) | 1 | $ 198.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 198.200 | $ 0 | $ 198.200 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 198.200** | **$ 0** | **$ 198.200** |

**TOTAL APORTES A SALUD**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NUMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NUMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACION | UPC | COTIZACION | UPC | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS008 | EPS008-COMPENSAR | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 154.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 154.800 | $ 0 | $ 0 | $ 154.800 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 154.800** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 154.800** |

**TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NUMERO 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 | $ 30.200 | $ 30.200 | $ 0 | $ 0 | $ 30.200 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 30.200** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 30.200** |

**TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| CCF24 | CCF24-COMPENSAR | 1 | $ 24.800 | $ 0 | $ 24.800 |
| **SUBTOTALES:** | | | **$ 24.800** | **$ 0** | **$ 24.800** |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | SALUD | | | | | | | ARP | | | | | | | | | | | | | |
| Nº | IDENTIFICACION | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BASICO | SAL INTEGRAL | COLOMBIANO EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | Vr UPC | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DIAS COT | IBC | ADMIN | TOTAL APORTE | CCF TOTAL APORTE | SENA TOTAL APORTE | ICBF TOTAL APORTE | ESAP TOTAL APORTE | MINEDU TOTAL APORTE |
| 1 | CC 52446531 | ORTEGA CASTAÑEDA INGRID ISABEL | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS | | $ 1.238.200 | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | 230201-PROTECCION (ING+PROTEC.) | 30 | $ 1.238.200 | $ 198.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 198.200 | EPS008-COMPENSAR | 30 | $ 1.238.200 | $ 154.800 | $ 0 | $ 154.800 | 14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A. | 30 | $ 1.238.200 | 52446531 | $ 30.200 | 30 | $ 1.238.200 | CCF24-COMPENSAR | $ 24.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| TOTAL | $ 408.000 |
|---|---|

Planilla Pagada
SOI
Planilla Pagada