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 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 incial:** 2019-03-03 **Valor Mensual:** $ 3.095.400 **Valor a cobrar:** $ 2.691.680

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	$ 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	$ 2.691.652	1397	2020-05-04	2020-06-03
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD	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	DICIEMBRE	$ 3.095.400	$ 408.800	7735852530(P. NOVIEMBRE)
12	ENERO	$ 3.095.400	$ 408.800	7738704941(P. DICIEMBRE)
13	FEBRERO	$ 3.095.400	$ 409.300	40663274(P. ENERO)
14	MARZO	$ 3.095.400	$ 408.000	41132953 (P. FEBRERO)
15	ABRIL	$ 2.523.424	$ 408.000	41754465 (P. MARZO)
16	MAYO	$ 2.691.680	$ 201.300	42539548(P. ABRIL)
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	$ 48.865.019	$ 48.359.904	$ 505.115

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:** 2020-05-01 **Hasta:** 2020-05-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
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, con el fin de verificar cumplimiento de la normatividad sanitaria vigente.	Cumplimiento de Cronogramas y plan de acción
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 en físico de las actividades realizadas de manera clara y oportuna.	Actas generales, operativos y las demas que se requieran para el desarrollo de las actividades según plan de acción.
3	Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.	Entrega del cronograma en fisico en las fechas establecidas.	Cronograma de actividades
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.	Soportes en físico y/o consolidado en medio digital
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.	Actas generales, operativos y las demas que se requieran para el desarrollo de las actividades según plan de acción.

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

FIRMA DEL LIDER O PROFESIONAL QUE VERIFICA LAS ACTIVIDADES	
NOMBRE Y CEDULA:	JULIO GARCIA RUIZ - CC 1098644499
CARGO:	LIDER OPERATIVO DE ALIMENTOS
FIRMA	PIP
FIRMA DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO	
NOMBRE Y CEDULA:	JAVIER RICARDO PEÑUELA PEREZ- CC 79.913.818
CARGO:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO 2- REFERENTE DE PROCESO
FIRMA	

compensar | miplanilla.com

REPORTE RESUMEN DE PAGO

Información básica de la planilla

Empresa:	INGRID ISABEL ORTEGA CASTAÑEDA	**NIT:**	52446531
Tipo Planilla:	I	**Periodo liquidación Pensiones:**	abril 2020
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	abril 2020
Número de Radicación:	42539548	**Total a pagar:**	$201,300
Fecha de vencimiento:	31/05/2020	**Total de empleados:**	1
Fecha de Pago:	12/05/2020	**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 DAVIVIENDA	**Número Autorización:**	623228438
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Código	NIT	Administradoras	Num. 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	$24,600
230201	800229739	Proteccion (ING + Proteccion)	1		$0	$30,300
CCF24	860066942	Compensar Caja de Compensacion Fliar	1		$0	$20,200
EPS008	860066942	Compensar EPS	1		$0	$126,200
						$201,300

***Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.**

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

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	52446531	INGRID ISABEL ORTEGA CASTAÑEDA	DG 32D SUR 8 21 ESTE	3118000676	ingrith_ortega@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	
2020-04	2020-04	I	12/05/2020	42539548	$201.300	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	126.200	0		0		0	0	0	0	126.200	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	30.300	0	0	0	0	0	0		30.300	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										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	24.600				24.600	0	0	24.600			246	24.600	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	20.200	0	0	20.200	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	126.200	126.200
Pensión	1	30.300	30.300
Riesgos Laborales	1	24.600	24.600
CCF	1	20.200	20.200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	201.300	201.300

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

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52446531	INGRID ISABEL ORTEGA CASTAÑEDA		DG 32D SUR 8 21 ESTE	3118000676	ingrith_ortega@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	
2020-04	2020-04	I	12/05/2020	42539548	$201.300	

TALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Ciudad	Subtipo	Extranjero	Cotiz. exterior	Exonerado	VSP	IGE	IRE	TAE	TDP	TAP	VTE	VTI	ELN	ING	LMA	SLN	AVP	VCT	IRL	CONDECORA	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC	52446531	ORTEGA CASTAÑEDA INGRID ISABEL	57	0			N																	230201	1.009.370	30.300	0	0	0	0	EPS008	1.009.370	126.200	14-7	1.009.370	3	24.600	CCF24	1.009.370	20.200	0	0	0	0	0

PAGADA

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