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**

## I. 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:** $ 3.570.149 **Valor a cobrar:** $ 3.570.149

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | $ 3.000.000 | 536 | 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 | $ 3.058.435 | 1499 | 2020-06-04 | 2020-06-30 |
| 13 | $ 7.302.768 | 1657 | 2020-07-01 | 2020-08-31 |
| 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 | 4276751177 (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 | JUNIO | $ 302.814 | $ 214.900 | 43313028 (P MAYO) |
| 18 | | $ 3.220.898 | | |
| 19 | JULIO | $ 3.570.149 | $ 464.400 | 44030511( P.JUNIO) |
| 20 | | | | |
| 21 | | | | |
| 22 | | | | |

| Resumen de contrato | VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|---|
| | $ 3.300.000 | $ 59.226.222 | $ 55.453.765 | $ 3.772.457 |

## 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 SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

**Relación de actividades para el periodo:** **Desde:** 2020-07-01 **Hasta:** 2020-07-31

| | 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 físico 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. |
| 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 C.
**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 JGR |
| **CARGO:** | LIDER OPERATIVO DE ALIMENTOS |
| **FIRMA** | |
| **FIRMA DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO** | |
| **NOMBRE Y CEDULA:** | JAVIER RICARDO PEÑUELA PEREZ- CC 79.913.818 |
| **CARGO:** | PROFESIONAL ESPECIALIZADO 2- REFERENTE DE PROCESO |
| **FIRMA** | Dr Javier Ricardo Peñuela P. Medico Veterinario y Zootecnista Esp. Sanidad Animal T.P 08147 F.U.S.M |

# Planillas / Resumen de pago

## Información básica de la planilla

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Empresa:** | INGRID ISABEL ORTEGA CASTAÑEDA | **Nit:** | 52446531 |
| **Tipo planilla:** | I | **Periodo liquidación Pensiones** | Junio 2020 |
| **Sucursal o Dependencia:** | PRINCIPAL | **Periodo liquidación Salud:** | Junio 2020 |
| **Número de radicación:** | 44030511 | **Total a pagar:** | $464,400 |
| **Fecha de vencimiento:** | 08/07/2020 | **Total de empleados:** | 1 |
| **Fecha de pago:** | 13/07/2020 | **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 de aprobación:** | 680694567 |
| **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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 14-7 | 860002503 | Cia. de Seguros Bolivar S.A. | 1 | | $0.00 | $34,400 |
| 230201 | 800229739 | Proteccion (ING + Proteccion) | 1 | | $0.00 | $225,600 |
| CCF24 | 860066942 | Compensar Caja de Compensacion Fliar | 1 | | $0.00 | $28,200 |
| EPS008 | 860066942 | Compensar EPS | 1 | | $0.00 | $176,200 |
| | | | | | | **$464,400** |

*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**

Recuerde verificar por la opción de consultas que su planilla este PAGADA en el sistema.

Exportar reporte a Excel  Exportar reporte a PDF

Imprimir transacción



Todos los derechos reservados © 2020 . Compensar - Cenet S.A.

compensar | miplanilla.com  Comfenalco Valle delagente

certicámara  contec ISO / IEC 27001

Acerca de los certificados SSL

Powered by Cenet Edinet

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 | |
| 2020-06 | 2020-06 | I | 13/07/2020 | 44030511 | $464.400 | |

## 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 | 176.200 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 176.200 | 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 | 225.600 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 225.600 | 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 | 34.400 | | | | 34.400 | 0 | 0 | 34.400 | | | 344 | 34.400 | 1 |

| TOTALES CAJAS | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| CCF24 | Compensar Caja | 860066942-7 | 28.200 | 0 | 0 | 28.200 | 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 | 176.200 | 176.200 |
| Pensión | 1 | 225.600 | 225.600 |
| Riesgos Laborales | 1 | 34.400 | 34.400 |
| CCF | 1 | 28.200 | 28.200 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 4 | 464.400 | 464.400 |

PAGADA 44030511

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 | |
| 2020-06 | 2020-06 | I | 13/07/2020 | 44030511 | $464.400 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colom. exterior | Estudiante | IGE | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VTE | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | 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 |
| 1 | CC | 52446531 | ORTEGA CASTAÑEDA INGRID ISABEL | 67 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 230201 | 1.409.485 | 225.600 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS008 | 1.409.485 | 176.200 | 14-7 | 1.409.485 | 3 | 34.400 | CCF24 | 1.409.485 | 28.200 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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