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 – GESTION DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO**
**FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO**

CODIGO: AP-IA-FT-014
VERSION: 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 Terminacion 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 | $ 7.140.300 | 2710 | 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 | | | | |
| 18 | | | | |
| 19 | | | | |
| 20 | | | | |
| 21 | | | | |
| 22 | | | | |
| 23 | | | | |
| 24 | | | | |

| 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 | 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 | AGOSTO | $ 3.570.149 | $ 470.500 | 44577959( P. JULIO) |
| 21 | SEPTIEMBRE | $ 3.570.149 | $ 470.500 | 45319755(P. AGOSTO) |
| 22 | OCTUBRE | $ 3.570.149 | $ 470.500 | 45893476( P SEPTIEMBRE) |
| 23 | NOVIEMBRE | $ 3.570.149 | $ 470.500 | 46455893( OCTUBRE) |

| Resumen de contrato | VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|---|
| | $ 3.300.000 | $ 69.956.074 | $ 69.734.361 | $ 221.713 |

## 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

Relacion de actividades para el periodo: Desde: 2020-11-01 Hasta: 2020-11-30

| | OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta) | DESCRIPCION 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 fisico 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 fisico 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

Inguid 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 | |
| **FIRMA DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO** | |
| NOMBRE Y CEDULA: | JAVIER RICARDO PEÑUELA PEREZ- CC 79.913.818 |
| CARGO: | PROFESIONAL ESPECIALIZADO - REFERENTE DE PROCESO |
| FIRMA | |

Dr. Javier Ricardo Peñuela P.
Medico Veterinario y Zootecnista
Esp. Sanidad Animal
T.P 0814770 C.S.M

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:** | octubre 2020 |
| **Sucursal o Dependencia:** | PRINCIPAL | **Periodo liquidación Salud:** | octubre 2020 |
| **Número de Radicación:** | 46455893 | **Total a pagar:** | $470,500 |
| **Fecha de vencimiento:** | 31/12/2020 | **Total de empleados:** | 1 |
| **Fecha de Pago:** | 05/11/2020 | **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:** | 790787659 |
| **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 | $34,800 |
| 230201 | 800229739 | Proteccion (ING + Proteccion) | 1 | | $0 | $228,500 |
| CCF24 | 860066942 | Compensar Caja de Compensacion Fliar | 1 | | $0 | $28,600 |
| EPS008 | 860066942 | Compensar EPS | 1 | | $0 | $178,600 |
| | | | | | | $470,500 |

***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 | |
| 2020-10 | 2020-10 | I | 05/11/2020 | 46455893 | $470.500 | |

## 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 | 178.600 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 178.600 | 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 | 228.500 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 228.500 | 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 | 34.800 | | | | 34.800 | 0 | 0 | 34.800 | | | 348 | 34.800 | 1 |

| TOTALES CAJAS | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| CCF24 | Compensar Caja | 860066942-7 | 28.600 | 0 | 0 | 28.600 | 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 | 178.600 | 178.600 |
| Pensión | 1 | 228.500 | 228.500 |
| Riesgos Laborales | 1 | 34.800 | 34.800 |
| CCF | 1 | 28.600 | 28.600 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 4 | 470.500 | 470.500 |

COPIA 46455893

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 | |
| 2020-10 | 2020-10 | I | 05/11/2020 | 46455893 | $470.500 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Colpensiones | Bachiller | Estudiante | Cotiza exterior | Extranjero | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | 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 | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 230201 | 1.428.060 | 228.500 | 3 | 0 | 0 | 0 | EPS008 | 1.428.060 | 178.600 | 14-7 | 1.428.060 | 3 | 34.900 | CCF24 | 1.428.060 | 25.600 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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