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 Terminación incial:	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	$ 3.570.152	3918	2020-12-01	2020-12-31
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	7733852530(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(P. OCTUBRE)
24	DICIEMBRE	$ 3.570.149	$ 470.500	47032880(P. NOVIEMBRE)

Resumen de contrato	VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
	$ 3.300.000	$ 73.526.226	$ 73.304.510	$ 221.716

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS COMO MEDICO VETERINARIO PROFESIONAL DESARROLLANDO ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PÚBLICA 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)	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 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.
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 2- REFERENTE DE PROCESO
FIRMA	

Dr. Javier Ricardo Peñuela P.
Médico Veterinario y Zootecnista
E. S. Sanidad Animal
T.P 0814/ P.O.S.M

2107 - 2019

Estamos actualizando el diseño de miplanilla.com. Prueba nuestra nueva versión. Quiero Probar

Planillas / Resumen de pago

Información básica de la planilla

Empresa:	INGRID ISABEL ORTEGA CASTAÑEDA	**Nit:**	52446531
Tipo planilla:	I	**Periodo liquidación Pensiones**	Noviembre 2020
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	Noviembre 2020
Número de radicación:	47032880	**Total a pagar:**	$470,500
Fecha de vencimiento:	09/12/2020	**Total de empleados:**	1
Fecha de pago:	02/12/2020	**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:**	818149626
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	$34,800
230201	800229739	Proteccion (ING + Proteccion)	1		$0.00	$228,500
CCF24	860066942	Compensar Caja de Compensacion Fliar	1		$0.00	$28,600
EPS008	860066942	Compensar EPS	1		$0.00	$178,600
						$470,500

*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.

Acerca de los certificados SSL

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.	BOGOTA, 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: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2020-11	2020-11	I	02/12/2020	47032880	$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 Bolívar 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

PAGADA 47032880

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: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2020-11	2020-11	I	02/12/2020	47032880	$470.500

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colomb. exterior	Estudiante	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	0	0	0	0	EPS008	1.428.060	178.600	14-7	1.428.060	3	34.800	CCF24	1.428.060	28.600	0	0	0	0	0

PAGADA

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