Secretaría Distrital 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

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSION: 01
FECHA: 2017-07-07

## 1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: PS 2090 2019 | C.D.P. No.: 188 | Proceso al que pertenece: PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PSPIC | Unidad a la que pertenece: SALUD PUBLICA - VIGILANCIA AMBIENTAL Y SANITARIA

Nombre del Contratista: ANGELA PAOLA MORENO SALAMANCA | C.C. 1.032.424.788 | de: Bogotá

Fecha Inicio: 2019-02-01 | Fecha Terminación incial: 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 | $ 3.095.336 | 1611 | 2019-08-04 | 2019-09-03 |
| 4 | $ 6.201.800 | 1901 | 2019-09-04 | 2019-10-15 |
| 5 | $ 4.138.458 | 2561 | 2019-10-16 | 2019-11-23 |
| 6 | $ 5.540.984 | 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 | $ 371.300 | 32450352 |
| 2 | MARZO | $ 3.000.000 | $ 371.300 | 33547753 |
| 3 | ABRIL | $ 3.095.400 | $ 371.300 | 34237363- MARZO |
| 4 | MAYO | $ 3.095.400 | $ 383.100 | 834237387 ABRIL |
| 5 | JUNIO | $ 3.095.400 | $ 383.100 | 35451865- MAYO |
| 6 | JULIO | $ 3.095.400 | $ 383.100 | 8336025466 - JUNIO |
| 7 | AGOSTO | $ 3.095.400 | $ 383.100 | 36688680 -JULIO |
| 8 | SEPTIEMBRE | $ 3.095.400 | $ 383.100 | 9337272787- AGOSTO |
| 9 | OCTUBRE | $ 3.095.400 | $ 383.100 | 37778161 - SEPTIEMBRE |
| 10 | NOVIEMBRE | $ 3.095.400 | $ 383.100 | 38632491-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 | $ 34.262.778 | $ 30.763.200 | $ 3.499.642 |

## 2. INFORME DE ACTIVIDADES REALIZADAS Y AVANCE EN CUMPLIMIENTO DEL OBJETO DEL CONTRATO

### OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN MEDICINA VETERINARIA 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 period 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. | actividades de vigilancia y control autorizaciones sanitarias definitivas a expendios de carne y productos carnicos comestibles y vehiculos de transporte en la linea de alimentos sanos y seguros en las localidades que correspondientes a la subred centro oriente, operativos alimentos localidad antonio nariño y san cristobal |
| 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. | entrega de soportes en fisico de actas deinspeccion sanitaria dentro de la linea alimentos sanos y seguros |
| 3 | 3. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. | Se realiza entrega de respectivo cronograma en fisico y se envia al correo lider operativo julio garcia alimentos sancristobalyantonio@gmail.com |
| 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 estandares de habilitación y acreditación de servicios de salud. | actividades de vigilancia y control autorizaciones sanitarias definitivas a expendios de carne y productos carnicos comestibles y vehiculos de transporte en la linea de alimentos sanos y seguros en las localidades que correspondientes a la subred centro oriente, operativos alimentos localidad antonio nariño y san cristobal |
| 5 | 5. Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacios de vida o componente transversal. | actividades de vigilancia y control autorizaciones sanitarias definitivas a expendios de carne y productos carnicos comestibles y vehiculos de transporte en la linea de alimentos sanos y seguros en las localidades que correspondientes a la subred centro oriente, operativos alimentos localidad antonio nariño y san cristobal |
| 6 | | |
| 7 | | |
| 8 | | |
| 9 | | |
| 10 | | |

Observaciones:
ARL SEGUROS BOLIVAR

Sea

Firma del Contratista

C.C. 1.032.424.788 de Bogotá

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

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 | 1032424788 | ANGELA PAOLA MORENO SALAMANCA | | CRA 10 B ESTE N 20 32 SUR | 2899013 | SAMITIGERS@HOTMAIL.COM | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CODIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| UNICA | 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 | |
| 2019-10 | 2019-10 | I | | 38632491 | $407.900 | |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

**TOTALES SALUD**

| Código EPS | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades | | Licencia Maternidad | | Dias Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | No. Autorización | Valor | No. Autorización | Valor | | | | | |
| EPS008 | Compensar EPS | 860066942-7 | 154.800 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 154.800 | 1 |

**TOTALES PENSIÓN**

| Código AFP | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Dias Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230201 | Proteccion (ING + Proteccion) | 800229739-0 | 198.100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 198.100 | 1 |

**TOTALES RIESGOS LABORALES**

| Código ARL | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Incapacidades | | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Dias 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 | 30.200 | | | | 30.200 | 0 | 0 | 30.200 | | | 302 | 30.200 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

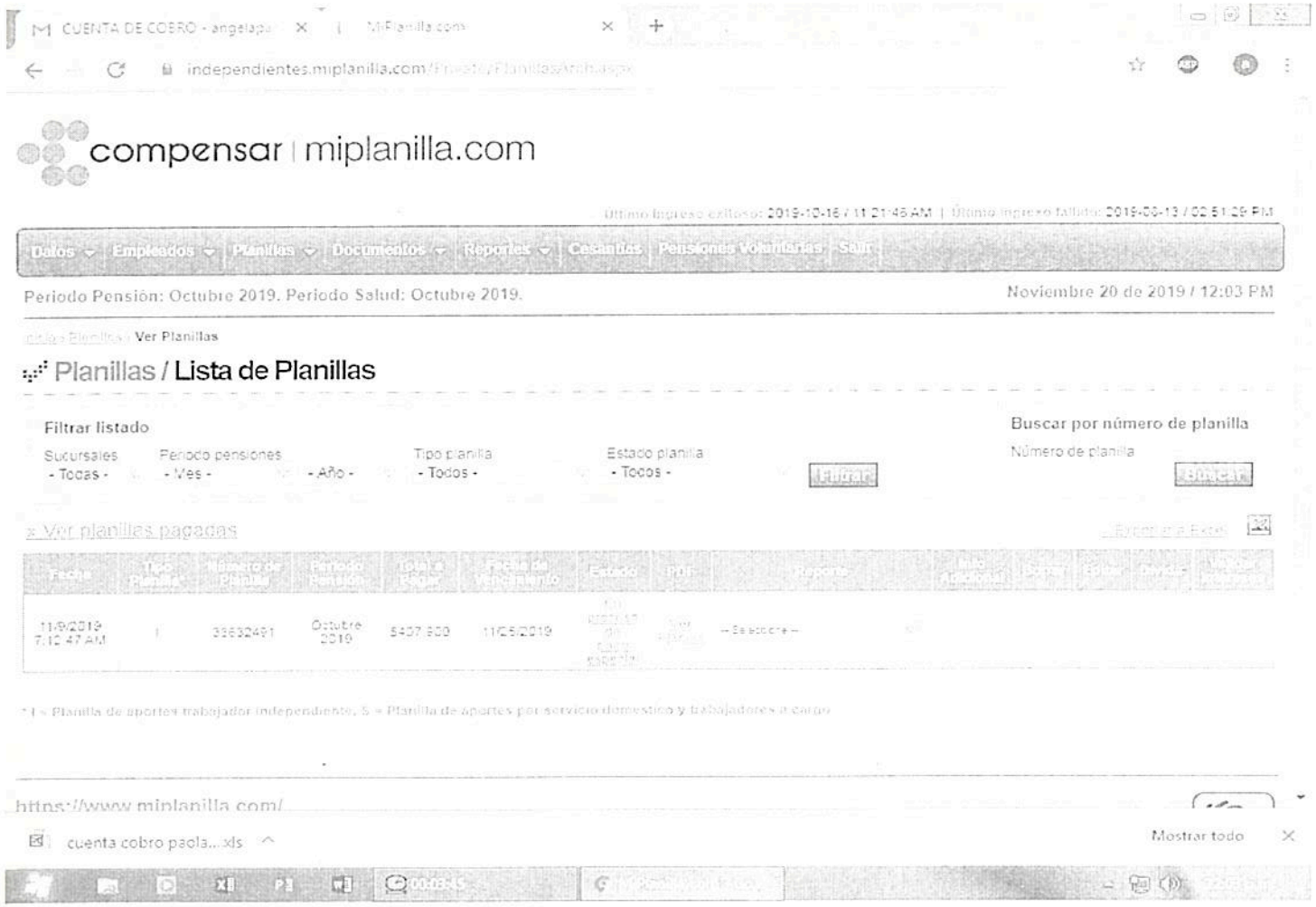
| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Dias Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CCF24 | Compensar Caja | 860066942-7 | 24.800 | 0 | 0 | 24.800 | 1 |

**TOTALES PARAFISCALES**

| Valor Aporte | Dias 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 | 154.800 | 154.800 |
| Pensión | 1 | 198.100 | 198.100 |
| Riesgos Laborales | 1 | 30.200 | 30.200 |
| CCF | 1 | 24.800 | 24.800 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 4 | 407.900 | 407.900 |


CUENTA DE COBRO - angelapa
MiPlanilla.com
independientes.miplanilla.com
compensar | miplanilla.com
Último ingreso exitoso: 2019-10-16 / 11:21:46 AM | Último ingreso fallido: 2019-09-13 / 02:51:29 PM
Datos
Empleados
Planillas
Documentos
Reportes
Cesantías
Pensiones Voluntarias
Salir
Periodo Pensión: Octubre 2019. Periodo Salud: Octubre 2019.
Noviembre 20 de 2019 / 12:03 PM
Ver Planillas
Planillas / Lista de Planillas
Filtrar listado
Sucursales
- Todas -
Periodo pensiones
- Mes -
- Año -
Tipo planilla
- Todos -
Estado planilla
- Todos -
Filtrar
Buscar por número de planilla
Número de planilla
Buscar
» Ver planillas pagadas
Exportar a Excel
Fecha
Tipo Planilla
Número de Planilla
Periodo Pensión
Total a Pagar
Fecha de Vencimiento
Estado
Pdf
Reporte
Mas Aplicados
11/9/2019 7:10:47 AM
1
39632491
Octubre 2019
$407.800
11/25/2019
--Seleccione--
* 1 = Planilla de aportes trabajador independiente, 5 = Planilla de aportes por servicio domestico y trabajadores a cargo
https://www.miplanilla.com/
cuenta cobro paola...xls
Mostrar todo

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 | 1032424788 | ANGELA PAOLA MORENO SALAMANCA | | CRA 10 B ESTE N 20 32 SUR | 2899013 | SAMITIGERS@HOTMAIL.COM | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CODIGO | 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 | |
| 2019-10 | 2019-10 | I | | 38632491 | $407.900 | |

## LE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. de ntificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colom. exterior | Estudiante | IRS | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Cotización | Voluntari o 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 |
| 032474788 | MORENO SALAMANCA ANGELA PAOLA | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 230201 | 1.238.000 | 198.100 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS008 | 1.238.000 | 154.800 | 14-7 | 1.238.000 | 3 | 30.200 | CCF24 | 1.238.000 | 24.800 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

Recibo de Caja No: 1408093893084 1
Fecha 20 11 2019
Sede KENN
Beneficiario ANGELA PAOLA MORENO SALA
Identificación 1032424788
Episodio No
Referencia

| COD CONCEPTO | CONCEPTO | VALOR |
|---|---|---|
| 98 | ING MI PLANILLA | $ 407.900 |

Por la suma de CUATROCIENTOS SIETE MIL NOVECIENTOS PESOS M/L
Valor total $ 407.900,00

| FORMA DE PAGO | RECIBO DE CAJA No. | VALOR |
|---|---|---|
| Efectivo | | $ 410.000 |

Total recibido $ 410.000
Cambio $ 2.100