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: 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	$ 8.966.200	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	8334237387 ABRIL
5	JUNIO	$ 3.095.400	$ 383.100	35451865- MAYO
6	JULIO	$ 3.095.400	$ 383.100	8335025466 - JUNIO
7	AGOSTO	$ 3.095.400	$ 383.100	36886680 -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	DICIEMBRE	$ 3.095.400	$ 383.100	39259111- NOVIEMBRE
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	$ 33.858.600	$ 404.242

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:** 2019-12-01 **Hasta:** 2019-12-30

	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

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 / 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	
2019-11	2019-11	I		39259111	$407.900	

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	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	Días 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	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	30.200				30.200	0	0	30.200			302	30.200	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días 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	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	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

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	1032424788	ANGELA PAOLA MORENO SALAMANCA		CRA 10 B ESTE N 20 32 SUR	2899013	SAMITIGERS@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	
2019-11	2019-11	I		39259111	$407.900	

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntaria 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	1032424788	MORENO SALAMANCA ANGELA PAOLA	59	0			N																	230201	1.238.000	186.100	0	0	0	0	EPS005	1.238.000	154.800	14-7	1.238.000	3	30.200	CCF24	1.238.000	24.800	0	0	0	0	0

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



PAGO DE FACTURAS

PAGO DE FACTURAS

PILA BP

NUM APROBACION:52353391

NUM REFERENCIA:000000833925911 1

NUM IDENTIFICACION:1032424780

PERIODO: 2019-11

FECHA EFECTIVA:2019-12-09

VALOR: 407.900

LUN 9 DIC 19 11:51:18

343-01710894-025

786162-203883-544618-127260-44

CONSERVE ESTE TIQUETE. ES EL UNICO RECIBO OFICIAL DE PAGO.EN CASO DE RECLAMO LLAMAR A:

A SU OPERADOR.

ACT 11277 CLR 52182712

00196477-679082

compensar | salud eps

EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) ANGELA PAOLA MORENO SALAMANCA identificado(a) con cedula ciudadania 1.032.424.788, se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante independiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20170501	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 9 días del mes de Diciembre de 2.019

Observaciones:

Con destino a:
TRAMITE PERSONAL

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS.

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: LUCIANA ANDREA RESTREPO
CER-AFI 12614994

VIGILADO SuperSubsidio

Gmail

Apoyo Administrativo VSA <apoyoadtvovsa@gmail.com>

Fwd: POST TEST CAPACITACIÓN SARLAFT

1 mensaje

angela paola <angelapaola06@gmail.com> 9 de diciembre de 2019 a las 14:19
Para: apoyoadtvovsa@gmail.com

---------- Forwarded message ---------
From: **Google Forms** <forms-receipts-noreply@google.com>
Date: lun., 9 de dic. de 2019 2:09 p. m.
Subject: POST TEST CAPACITACIÓN SARLAFT
To: <angelapaola06@gmail.com>

Thanks for filling out POST TEST CAPACITACIÓN SARLAFT

Here's what we got from you:

VIEW SCORE

POST TEST CAPACITACIÓN SARLAFT

Stephany María Yepes Santos

Email address *

angelapaola06@gmail.com