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
VERSION: 02
FECHA: 2020-05-04

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 4518 2020	**C.D.P. No.:**	1596	**Proceso al que pertenece:**	PLAN DE SALUD PÚBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC - VIGILANCIA SANITARIA
				Unidad a la que pertenece:	US3 1 DE MAYO
Nombre del Contratista:	CRISTIAN EDISON VEGA SALAS			**C.C.**	1.015.417.556 **de:** BOGOTA
Fecha Inicio:	2020-06-17	**Fecha Terminación incial:**	2020-08-31	**Valor Mensual:**	$ 2.197.015 **Valor a cobrar:** $ 2.197.015

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 4.394.030	2710	2020-09-01	2020-10-31
2	$ 1.480.597	3615	2020-11-01	2020-11-20
3	$ 728.358	3782	2020-11-21	2020-11-30
4	$ 1.996.960	3918	2020-12-01	2020-12-31
5	$ 2.232.835	4112	2021-01-01	2021-01-31
6				
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	JUNIO	$ 1.026.856		
2	JULIO	$ 2.197.015	$ 202.600	44016708 - JUNIO
3	AGOSTO	$ 2.197.015	$ 289.700	44653726 - JULIO
4	SEPTIEMBRE	$ 2.197.015	$ 289.700	45341110 - AGOSTO
5	OCTUBRE	$ 2.197.015	$ 289.700	45932408 - SEPTIEMBRE
6	NOVIEMBRE	$ 2.197.015	$ 289.700	46315441 - OCTUBRE
7	DICIEMBRE	$ 2.197.015	$ 289.700	46948684 - NOVIEMBRE
8	ENERO	$ 2.197.015	$ 289.700	47656395 - DICIEMBRE
9				
10				
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
	$ 5.785.328	$ 16.618.108	$ 16.405.971	$ 212.137

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS DE ACUERDO A SU PERFIL ACADÉMICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2021-01-01 **Hasta:** 2021-01-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1.PRESTAR SUS SERVICIOS PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES EN EL MARCO DEL CONTRATO SUSCRITO CON FFD Y LA ESE	Prestar servicios como Tecnico Ambiental, desarrollando actividades en el plan de de Salud Pública de Intervenciones Colectivas de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE.	Registro de la información de las visitas de inspeccion sanitaria y actividades para el control de la rabia en el aplicativo SIVIGILA D.C. para el mes certificado.
2	2.APOYAR LA PRESTACION DE SERVICIOS EN EL PIC, PRESTANDO LA INFORMACION 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	Actividades desarrolladas en vacunacion canina y felina de manera oportuna y pertinente para la digitación.	Registro de la información de las actividades para el control de la rabia en el aplicativo SIVIGILA D.C. para el mes certificado.
3	3.PRESENTAR MENSUALMENTE EL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR CONTENIDAS EN EL FORMATO DE NECESIDAD DE PERSONAL QUE HACE PARTE INTEGRAL DEL PRESENTE CONTRATO	Actividades de radicación en los días asignados por el líder operativo.	Alimentar el drive según base priorizada de SDS.
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 ESTÁNDARES DE HABILITACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	Se realiza alistamiento y entrega de soportes para auditoria del periodo de AGOSTO de 2020.	Informes de auditoria.
5	5. REALIZAR VISITAS EN CAMPO DE ACUERDO A LOS ANEXOS OPERATIVOS DE CADA ESPACIO DE VIDA O COMPONENTE TRANSVERSAL	Actividades desarrolladas en visitas sanitarias en VACUNACION CANINA Y FELINA.	Registro de la información de las actividades para el control de la rabia en el aplicativo SIVIGILA D.C. para el mes certificado.
6	6. REALIZAR LAS DEMAS OBLIGACIONES POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO CONTENIDAS EN EL FORMATO DE NECESIDAD DE PERSONAL QUE HACE PARTE INTEGRAL DEL PRESENTE CONTRATO.	Cumplimiento al 100% de las actividades.	Entrega de soportes con el 100% de las actividades asiganadas.
7			

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

Firma del Contratista

C.C. 1.015.417.556 **de** BOGOTA

FIRMA DEL LIDER O PROFESIONAL QUE VERIFICA LAS ACTIVIDADES	
NOMBRE Y CEDULA:	ALBA LUZ CARO CC 51946662
CARGO:	LIDER VACUNACION LINEA DE ETOZ.
FIRMA	Alba Luz Caro R.

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	JAVIER RICARDO PEÑUELA PEREZ CC 79913818
CARGO:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO 2 - REFERENTE DE PROCESO
FIRMA	Dr Javier Ricardo Peñuela P. Medico Veterinario y Zootecnista Esp. Sanidad Animal T.P 08147 F.C.S.M

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	1015417556	CRISTIAN EDISON VEGA SALAS	CLL 73 70D 24	3125433128	dhargor@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2020-12	2020-12	I	12/01/2021	47656395	$289.700	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	109.900	0		0		0	0	0	0	109.900	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
230301	Porvenir	800224808-8	140.700	0	0	0	0	0	0		140.700	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	21.500				21.500	0	0	21.500			215	21.500	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	17.600	0	0	17.600	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	109.900	109.900
Pensión	1	140.700	140.700
Riesgos Laborales	1	21.500	21.500
CCF	1	17.600	17.600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	289.700	289.700

47656395

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	1015417556	CRISTIAN EDISON VEGA SALAS		CLL 73 70D 24	3125433128	dhargor@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	
2020-12	2020-12	I	12/01/2021	47656395	$289.700	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																	PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colocante	Dotación	Extranjero	Cotiza Alternad	Exonerado	IRG	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	1015417556	VEGA SALAS CRISTIAN EDISON	59	0			N																	230301	878.874	140.700	0	0	0	0	EPS017	878.874	109.900	14-7	878.874	3	21.500	CCF24	878.874	17.600	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Gmail

Cristian Vega <dhargordh@gmail.com>

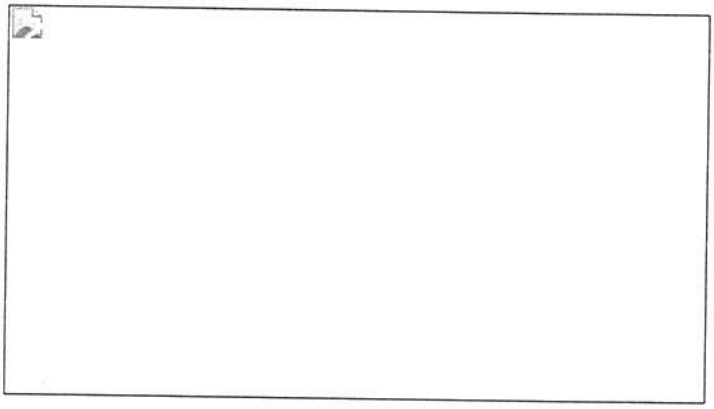
Resultado de una transacción - Multipagos PSE

1 mensaje

notificaciones@bancolombia.com <notificaciones@bancolombia.com>
Para: dhargordh@gmail.com

11 de enero de 2021 a las 19:59

Notificación
de pago en línea



Has recibido una notificación correspondiente a una transacción realizada a través de pagos PSE de Bancolombia.

Pago realizado por: CRISTIAN EDISON VEGA SALAS

Tienda virtual o recaudador: COMPENSAR-OI

Nro. de recibo: 47656395

Descripción del pago: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Identificación del contribuyente: 190.158.2.44

Concepto: CC

Razón Social: 1015417556

Fecha y hora de la transacción: Lunes 11 de Enero de 2021 07:58:44 PM

Nro. de comprobante: 0000005844

Valor pagado: $ 289,700.00

Cuenta: *******7616

Bancolombia S.A.

Ésta es una notificación automática, por favor no responda este mensaje

Comuníquese con nuestra Sucursal Telefónica Bancolombia: Bogotá 343 0000 - Medellín 510 9000 - Cali 554 0505 - Barranquilla 361 8888 - Cartagena 693 4400 - Bucaramanga 697 2525 - Pereira 340