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: 02
FECHA: 2020-05-04

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 2162 2019	**C.D.P. No.:**	188	**Proceso al que pertenece:**	PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS – PIC.
				Unidad a la que pertenece:	SUBRED CENTRO ORIENTE - SALUD PUBLICA-VIGILANCIA DE LA SALUD AMBIENTAL

Nombre del Contratista: JOHN ALEXANDER PARRA GARZON **C.C.** 80.028.108 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2019-02-01 **Fecha Terminación incial:** 2019-03-03 **Valor Mensual:** $ 2.197.015 **Valor a cobrar:** $ 2.197.015

ADICIÓN/	VALOR	CDP	FECHA DE	FECHA DE
1	$ 1.550.000	536	2019-03-04	2019-04-03
2	$ 4.642.870	738	2019-04-04	2019-08-03
3	$ 1.599.290	1611	2019-08-04	2019-09-03
4	$ 3.209.580	1901	2019-09-04	2019-10-14
5	$ 2.138.232	2561	2019-10-15	2019-11-21
6	$ 2.857.936	2988	2019-11-22	2020-01-03
7	$ 1.442.838	3563	2020-01-04	2020-03-03
8	$ 1.807.893	189		
9	$ 1.599.290	597	2020-03-04	2020-04-03
10	$ 1.599.290	960	2020-04-04	2020-05-03
11	$ 1.477.605		2020-05-04	2020-06-03
12	$ 1.877.093	1499	2020-06-04	2020-06-30
13	$ 4.540.866	1657	2020-07-01	2020-08-30
14	$ 4.394.030	2710	2020-09-01	2020-10-30
15	$ 1.480.097	3615	2020-11-01	2020-11-20
16	$ 728.358	3782	2020-11-21	2020-11-30
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				

Nº CTA	MES DE	VALOR A	VALOR PAGO	NUMERO DE PLANILLA
1	FEBRERO	$ 1.550.000	$ 256.300	32976702-ENERO 2019
2	MARZO	$ 1.550.000	$ 256.300	33578037-FEBRERO 2019
3	ABRIL	$ 1.599.290	$ 256.300	34229993-MARZO 2019
4	MAYO	$ 1.599.290	$ 256.300	34730582-ABRIL 2019
5	JUNIO	$ 1.599.290	$ 256.300	35418942-MAYO 2019
6	JULIO	$ 1.599.290	$ 256.300	35982417-JUNIO 2019
7	AGOSTO	$ 1.599.290	$ 256.300	36607702-JULIO 2019
8	SEPTIEMBRE	$ 1.599.290	$ 256.300	37244379-AGOSTO 2019
9	OCTUBRE	$ 1.599.290	$ 256.300	37744799-SEPTIEMBRE 2019
10	NOVIEMBRE	$ 1.599.290	$ 256.300	38401953-OCTUBRE 2019
11	DICIEMBRE	$ 1.599.290	$ 256.300	39227520-NOVIEMBRE 2019
12	ENERO	$ 1.599.290	$ 256.300	39825215-DICIEMBRE 2019
13	FEBRERO	$ 1.599.290	$ 271.700	40497001-ENERO-2020
14	MARZO	$ 1.599.290	$ 271.700	41001894-FEBRERO 2020
15	ABRIL	$ 1.599.290	$ 271.700	41879873-MARZO 2020
16	MAYO	$ 1.477.605	$ 157.600	42399767-ABRIL 2020
17	JUNIO	$ 156.452 $ 1.982.090	$ 157.600	43106333-MAYO 2020
19	JULIO	$ 2.197.015	$ 272.100	43877726-JUNIO 2020
20	AGOSTO	$ 2.197.015	$ 272.100	44472605-JULIO 2020
21	SEPTIEMBRE	$ 2.161.140	$ 272.100	45213128-AGOSTO 2020
22	OCTUBRE	$ 2.197.015	$ 272.100	45744598-SEPTIEMBRE 2020
23	NOVIEMBRE	$ 2.197.015	$ 272.100	46410960-OCTUBRE 2020

Resumen de contrato	VALOR INICIAL DEL	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
	$ 1.705.000	$ 38.650.268	$ 38.456.117	$ 194.151

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO AMBIENTAL 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:** 2020-11-01 **Hasta:** 2020-11-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO	
		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGAION MEJORAMIENTO DE	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.	REALIZAR VISITAS IVC LINEA CALIDAD DE AGUA Y SANEAMIENTO BASICO	FORMATOS FISICOS DE IVC EN ARCHIVO CENTRAL DEL AREA DE VSA Y REGISTRO DE LOS MISMOS EN EL APLICATIVO SIVIGILA D.C PARA EL MES CERTIFICADO
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.	ENTREGAR OPORTUNAMENTE LA INFORMACION SOBRE LOS PROCESOS QUE DESAROLLAN LOS LINEAMIENTOS	FORMATOS FISICOS DE IVC EN ARCHIVO CENTRAL DEL AREA DE VSA Y REGISTRO DE LOS MISMOS EN EL APLICATIVO SIVIGILA D.C PARA EL MES CERTIFICADO
3	3. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.	ANEXO SE ENTREGA EL CRONOGRAMA MENSUAL	CENSO ESTABLECIDO Y DIRECCIONADO POR LA 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 diferentes estándares de habilitación y acreditación de servicios de salud.	ACTIVIDADES DE MEJORAMIENTO DE CALIDAD	FORMATOS FISICOS DE IVC EN ARCHIVO CENTRAL DEL AREA DE VSA Y REGISTRO DE LOS MISMOS EN EL APLICATIVO SIVIGILA D.C PARA EL MES CERTIFICADO
5	5. Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal.	VISITAS DE CAMPO SEGÚN REQUERIMIENTO DE LA SUBRED	FORMATOS FISICOS DE IVC EN ARCHIVO CENTRAL DEL AREA DE VSA Y REGISTRO DE LOS MISMOS EN EL APLICATIVO SIVIGILA D.C PARA EL MES CERTIFICADO
6			

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. 80.028.108 **de** BOGOTA

FIRMA DEL LIDER O PROFESIONAL QUE VERIFICA LAS ACTIVIDADES	
NOMBRE:	INGENIERA DIANA TOVAR
CARGO:	LIDER OPERATIVO SANEAMIENTO BASICO Y CALIDAD DEL AGUA
FIRMA	

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	JAVIER RICARDO PEÑUELA PEREZ
CARGO:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO REFERENTE PROCESO
FIRMA	Dr. Javier Ricardo Peñuela P. Medico Veterinario y Zootecnista Esp. Sanidad Animal T.P 08147 F.U.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	80028108	JOHN ALEXANDER PARRA GARZON		TRANSVERSAL 79 d # 82-20	3090272	folleos@gmail.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	04/11/2020	46410960	$289.700	

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. saliente	Reemplazo	Ing	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CONDICIÓN	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	80028108	PARRA GARZON JOHN ALEXANDER	59	0			N																	25-14	878.806	140.700	0	0	0	0	EPS008	878.806	169.900	14-7	878.806	3	21.530	CCF22	878.806	17.680	0	0	0	0	0

PAGADA

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	80028108	JOHN ALEXANDER PARRA GARZON		TRANSVERSAL 79 d # 82-20	3090272	felileos@gmail.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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2020-10	2020-10	I	04/11/2020	46410960	$289.700	

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	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	Dias Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	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	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	21.500				21.500	0	0	21.500			215	21.500	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	17.600	0	0	17.600	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	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

PAGADA
46410960

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

Comprobante

de pago en línea

COMPENSAR-OI

Pago realizado por: ZOILA GARZON SANDOVAL

Nro. de recibo: 46410960

Descripción del pago: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Identificación del contribuyente: 181.59.222.201

Concepto: CC

Razón Social: 80028108

Fecha y hora de la transacción: Miércoles 4 de Noviembre de 2020 07:06:22 AM

Nro. de comprobante: 0000055978

Valor pagado: $ 289,700.00

Cuenta: *******2756

Bancolombia S.A.

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 1313 - El resto del país 01 800 09 12345 - Sucursales Telefónicas en el exterior: España 900 995 717 - Estados Unidos 1866 379 9714, en caso de recibir una alerta o notificación de una transacción que presenta alguna irregularidad.

Bancolombia nunca le solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com