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 4189-2020	**C.D.P. No.:**	1273	**Proceso al que pertenece:**	PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PS PIC
				Unidad a la que pertenece:	SALUD PUBLICA - SEDE SAN JOSE OBRERO

Nombre del Contratista: NICOLAS ALEJADNRO MESA CASTRO **C.C.** 1.033.744.934 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2020-05-18 **Fecha Terminación incial:** 2020-06-03 **Valor Mensual:** $ 1.373.134 **Valor a cobrar:** $ 373.134

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 1.084.213	1499	2020-06-04	2020-06-30
2	$ 2.901.028	1657	2020-07-01	2020-08-31
3	$ 2.746.300	2710	2020-09-01	2020-10-31
4	$ 925.373	3615	2020-11-01	2020-11-20
5	$ 828.358	3782	2020-11-21	2020-11-30
6	$ 686.500	3952	2020-12-01	2020-12-15
7	$ 2.059.701	4112	2020-12-16	2021-01-31
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	MAYO	$ 491.227		
2	JUNIO	$ 121.124	$ 157.600	8343418151
3		$ 1.238.806		
4	JULIO	$ 1.373.134	$ 271.700	8343834221
5	AGOSTO	$ 1.373.134	$ 271.700	44021415
6	SEPTIEMBRE	$ 1.373.134	$ 271.700	44650526
7	OCTUBRE	$ 1.373.134	$ 271.700	45344670
8	NOVIEMBRE	$ 1.373.134	$ 271.700	45965354
9	DICIEMBRE	$ 1.373.134	$ 271.700	46594591
10	ADICIONALES	$ 373.134	$ 271.700	47281364
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
$ 825.424	$ 12.056.897	$ 10.463.095	$ 1.593.802

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS COMO GESTOR COMUNITARIO 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 periodo: **Desde:** 2021-12-01 **Hasta:** 2021-12-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO	
		ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE.	Informar, orientar, acompañar, apoyar y hacer seguimiento mediante recursos virtuales a lideres y actores comuntiarios, implementando acciones de fortalecimiento comunitario y social frente a las diferentes tematicas en salud y la covid 19 de la estrategia Barras Futboleras	actas, herramientas web
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 a anexos y lineamientos contenidos en el contrato suscrito con el Fondo Financiero Distrital.	Implementar acciones de fortalecimiento comunitario y social frente a las diferentes tematicas en salud y la covid 19, según las necesidades en las localidades pertenecientes a la subred. Fortalecimiento de lideres de las Barras Futboleras	actas, herramientas web
3	Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.	Elaboración y entrega de cuenta de cobro y cronograma	cuenta de cobro y cronograma mensual
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.	Consolidar las acciones de fortalecimiento comunitario y social frente a las diferentes tematicas en salud y la covid 19, según las necesidades en las localidades pertenecientes a la subred.	actas, herramientas web
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

Firma del Contratista

C.C. 1.033.744.934 **de** BOGOTA

FIRMA DEL LIDER O PROFESION QUE VERIFICA LAS ACTIVIDADES	
NOMBRE:	Angela Rocio Arciniegas Gomez - 52281961
CARGO:	Profesional De Apoyo
FIRMA	

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	luisa Fernanda Hernandez - 52713845
CARGO:	Referente Espacio Publico
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	1033744934	NICOLAS ALEJANDRO MESA CASTRO		CR 19 B 53 29 C	3234906560	NICOLASMESACASTRO@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	
2020-12	2020-12	I	22/12/2020	47281364	$271.700	

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	109.800	0		0		0	0	0	0	109.800	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
230301	Porvenir	800224808-8	140.500	0	0	0	0	0	0		140.500	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 Bolivar S.A.	860002503-2	21.400				21.400	0	0	21.400			214	21.400	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

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	109.800	109.800
Pensión	1	140.500	140.500
Riesgos Laborales	1	21.400	21.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	271.700	271.700

47281364

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

compensar | miplanilla.com

Último ingreso exitoso: 2021-01-11 / 08:31:59 PM
Ingreso fallido: 2020-12-22 / 02:32:06 PM

Datos | Empleados | Planillas | Documentos | Reportes | Cesantías | Pensiones Voluntarias | Salir

Periodo Pensión: Enero 2021. Periodo Salud: Enero 2021. Enero 11 de 2021 / 8:34 PM

Inicio › Planillas › Resumen de pago

Planillas / Resumen de pago

Información básica de la planilla

Empresa:	NICOLAS ALEJANDRO MESA CASTRO	**Nit:**	1033744934
Tipo planilla:	I	**Periodo liquidación Pensiones**	Diciembre 2020
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	Diciembre 2020
Número de radicación:	47281364	**Total a pagar:**	$271.700
Fecha de vencimiento:	12/01/2021	**Total de empleados:**	1
Fecha de pago:	22/12/2020	**Número de administradoras:**	3

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	**Nit recaudo:**	830800660427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	**Medio de pago:**	Pago Electronico por PSE
Banco:	BANCO DAVIVIENDA	**Número de aprobación:**	839896438
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	$131.400
230301	800224808	Porvenir	1		$0.00	$140.300
EPS017	830003564	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	1		$0.00	$271.700

*Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos

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

Exportar reporte a Excel Exportar reporte a PDF

https://www.miplanilla.com/
Todos los derechos reservados © 2021 . Compensar - Cenet S.A.

compensar | miplanilla.com Comfenalco Valle

https://outlook.live.com/mail/0/inbox/id/AQQkADAwATY3ZmYAZS1lZGFlLTJmMTEALTAwAi...

Escaneado con CamScanner