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

CODIGO: AP IA FT-014
VERSION: 02
FECHA: 2020-05-04

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 2037 2019	**C.D.P. No.:**	188	**Proceso al que pertenece:**	PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
				Unidad a la que pertenece:	SUBRED CENTRO ORIENTE

Nombre del Contratista: KATHERINE URIBE GARCIA **C.C.** 1 026 279 470 **de:** Bogotá D.C.

Fecha Inicio: 2019-02-01 **Fecha Terminación incial:** 2019-03-03 **Valor Mensual:** $ 3 570 152 **Valor a cobrar** $ 3 570 152

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	2019-10-14
5	$ 4 138 458	2561	2019-10-15	2019-11-20
6	$ 5 540 984	2988	2019-11-21	2020-01-03
7	$ 2 792 589	3563	2020-01-04	2020-03-03
8	$ 3 499 148	189		
9	$ 3 095 400	597	2020-03-04	2020-04-03
10	$ 2 523 424	960	2020-04-04	2020-05-03
11	$ 2 691 652	1397	2020-05-04	2020-06-03
12	$ 3 058 435	1499	2020-06-04	2020-06-30
13	$ 7 302 768	1657	2020-07-01	2020-08-31
14	$ 7 140 300	2710	2020-09-01	2020-10-31
15	$ 2 405 970	3615	2020-11-01	2020-11-20
16	$ 1 183 582	3782	2020-11-21	2020-11-30
17	$ 3 570 152	3918	2020-12-01	2020-12-31
18	$ 3 570 149	4112	2021-01-01	2021-01-31
19	$ 3 570 149	218	2021-02-01	2021-02-28
20				
21				
22				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD	NUMERO DE PLANILLA
1	FEBRERO	$ 3 000 000	$ 371 300	PLANILLA ENERO-8332835311
2	MARZO	$ 3 000 000	$ 371 300	PLANILLA FEBRERO-8333435362
3	ABRIL	$ 3 095 400	$ 371 300	PLANILLA MARZO-
4	MAYO	$ 3 095 400	$ 383 200	PLANILLA ABRIL-
5	JUNIO	$ 3 095 400	$ 383 200	PLANILLA MAYO-
6	JULIO	$ 3 095 400	$ 383 200	PLANILLA JUNIO-
7	AGOSTO	$ 3 095 400	$ 383 200	PLANILLA JULIO-
8	SEPTIEMBRE	$ 3 095 400	$ 383 200	PLANILLA AGOSTO-
9	OCTUBRE	$ 3 095 400	$ 383 200	PLANILLA SEPTIEMBRE-
10	NOVIEMBRE	$ 3 095 400	$ 383 200	PLANILLA OCTUBRE-
11	DICIEMBRE	$ 3 095 400	$ 383 200	PLANILLA NOVIEMBRE-
12	ENERO 2020	$ 3 095 400	$ 383 200	PLANILLA DICIEMBRE-
13	FEBRERO 2020	$ 3 095 400	$ 383 200	PLANILLA ENERO-
14	MARZO 2020	$ 3 095 400	$ 383 200	PLANILLA FEBRERO-41062213
15	ABRIL 2020	$ 2 523 424	$ 383 200	PLANILLA MARZO-41886454
16	MAYO 2020	$ 2 691 680	$ 187 200	PLANILLA ABRIL- 42710889
17	JUNIO 2020	$ 302 814	$ 193 200	PLANILLA MAYO - 43404042
18		$ 3 220 898		
19	JULIO 2020	$ 3 570 149	$ 436 200	PLANILLA JUNIO- 44030631
20	AGOSTO 2020	$ 3 570 152	$ 441 900	PLANILLA JULIO- 44636471
21	SEPTIEMBRE 2020	$ 3 570 152	$ 441 900	PLANILLA AGOSTO- 45245857
22	OCTUBRE 2020	$ 3 570 152	$ 441 900	PLANILLA SEPTIEMBRE- 45935952
23	NOVIEMBRE 2020	$ 3 570 152	$ 441 900	PLANILLA OCTUBRE- 46615046
24	DICIEMBRE 2020	$ 3 570 152	$ 441 900	PLANILLA NOVIEMBRE- 47267987
25	ENERO 2021	$ 3 570 152	$ 441 900	PLANILLA DICIEMBRE- 47267987
25	FEBRERO 2021	$ 3 570 152	$ 441 900	PLANILLA ENERO 2021- 48372064

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 3.300.000	$ 80.666.496	$ 80.444.829	$ 221.667

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN INGENIERIA 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 periodo: **Desde:** 2021-02-01 **Hasta:** 2021-02-28

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUTO O EVIDENCIA
1	Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE	Actividades de IVC en la linea Calidad de Agua y Saneamiento Basico Actividades de Inpeccion, Vigilancia y Control en el marco de la emergencia sanitaria COVID-19	Formatos fisicos de IVC en archivo central del area VSA y registro de los mismos en el aplicativo SIVIGILA D C para el mes certificado
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	Participacion de reuniones de equipo y Reunion mensual Linea Calidad del agua y saneamiento basico	Acta en poder del lider
3	Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato	Realizacion y envio de cronograma de actividades a desarrollar	Correo establecido y direccionado por SDS
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	Desarrollo de actividades inherente al objeto del contrato	Formatos fisicos de IVC en archivo central del area VSA y registro de los mismos en el aplicativo SIVIGILA D C para el mes certificado
5	Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacios de vida o componente transversal	Se realizaron visitas correspondientes a los puntos criticos: Visitas de Inspeccion, Vigilancia y Control a Alto impacto, Establecimientos de alojamiento y hospedaje con = o menor a 4 servicios, Establecimiento de eucacion formal (superior) con = a 4 servicios, Establecimiento de eucacion formal (superior) sin servicios adicionales Gimnasio, Profesionales inependientes de salud, Vivienda en riesgo, Cinemas	Formatos fisicos de IVC en archivo central del area VSA y registro de los mismos en el aplicativo SIVIGILA D C para el mes certificado
6			
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

Katherine Uribe G
Firma del Contratista

C.C. 1 026 279 470 **de** Bogotá D.C.

FIRMA DEL LIDER O PROFESIONAL QUE VERIFICA LAS ACTIVIDADES	
NOMBRE:	CAROLINA BUITRAGO HOYOS - C.C. 53.077.797
CARGO:	LIDER OPERATIVO CALIDA DE AGUA Y SANEAMIENTO BÁSICO
FIRMA	
FIRMA DEL SUPERVISOR DE CONTRATO	
NOMBRE:	JAVIER RICARDO PEÑUELA - C.C. 79.913.818
CARGO:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO 2 - REFERENTE DE PROCESO
FIRMA	Dr Javier Ricardo Peñuela P. Medico Veterinario y Zootecnista Esp. Sanidad Animal T.P 08147 F.D.S.M

compensar | miplanilla.com

REPORTE RESUMEN DE PAGO

Información básica de la planilla

Empresa:	KATHERINE URIBE GARCIA	**NIT:**	1026279470
Tipo Planilla:	I	**Periodo liquidación Pensiones:**	enero 2021
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	enero 2021
Número de Radicación:	48372064	**Total a pagar:**	$450,500
Fecha de vencimiento:	31/03/2021	**Total de empleados:**	1
Fecha de Pago:	05/02/2021	**Número de Administradoras:**	4

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	**Nit recaudo:**	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	**Medio de Pago:**	Pago Electronico por PSE
Banco:	BANCO DAVIVIENDA	**Número Autorización:**	883757386
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Código	NIT	Administradoras	Num. 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	$34,800
230201	800229739	Proteccion (ING + Proteccion)	1		$0	$228,500
CCF21	860013570	Cafam Caja de Compensacion Fliar	1		$0	$8,600
EPS037	900156264	Nueva Promotora de Salud - Nueva EPS	1		$0	$178,600
						$450,500

*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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS GENERALES

TIPO	NUMERO	NOMBRE O RAZON SOCIAL	TIPO PRESENTACION U	C	S	D	SUCURSAL / DEPENDENCIA	CODIGO
CC	1026279470-	KATHERINE URIBE GARCIA	☑	☐	☐	☐		

PERIODOS DE COTIZACION

SALUD MES	SALUD AÑO	PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF MES	PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF AÑO	NUMERO RADICACION	TIPO EMPRESA	CLASE DE APORTANTE	CODIGO ARL	CODIGO OPERADOR
2021	1	2021	483720(		PUBLICA ☐ PRIVADA ☑ MIXTA ☐	PEQUEÑO ☐ GRANDE ☐ INDEPENDIENTE ☑	14-7	83

DIRECCION	CIUDAD/MUNICIPIO	CODIGO	DEPARTAMENTO	CODIGO	TELEFONO	FAX	CORREO ELECTRONICO	ACTIVIDAD ECONOMICA	VALOR NOMINA	TOTAL EMPLEADOS	FECHA DE PAGO (aaaa/mm/dd)	No. AUTORIZACION
CRA 41 NO -30 29 SUR	BOGOTÁ, D.C.	11001	BOGOTÁ D. C.	11	6092645		KATHERINURIBE8@GMAIL.COM	7490	1.428.061	1	2021/02/05	883757386

TOTAL APORTES DEL PERIODO A SALUD POR ADMINISTRADORA

COD EPS	NIT EPS	COTIZACION OBLIGATOR	UPC ADICIONAL	INCAPACIDADES No.AUTOR	INCAPACIDADES VALOR	LIC.MATERNIDAD No.AUT	LIC.MATERNIDAD VALOR	NETO COTIZAC	DIAS MORA	INTERESES MORA OBL	INTERESES MORA UPC	SUBTOTAL COTIZACION	SUBTOTAL UPC ADIC.	No. RADIC SALDO A FAVOR	SALDO A FAVOR COTIZ OBLIG	SALDO A FAVOR UPC ADICIONAL	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
EPS037	900156264-2	178.600	0		0		0	178.600	0	0	0	178.600	0		0	0	178.600	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A PENSIONES POR ADMINISTRADORA

COD AFP	NIT AFP	COTIZ OBLIGAT	COTIZ VOL AFILIADO	COTIZ VOL APORTANT	FONDO SOLI PENS	DIAS MORA	INTERES MORA COTIZ	INTERES MORA FONDO	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
230201	800229739-0	228.500	0	0	0	0	0	0	228.500	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A CAJAS POR ADMINISTRADORA

COD CCF	NIT CCF	VALOR APORTE	DIAS MORA	INTERESES MORA	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
CCF21	860013570-3	8.600	0	0	8.600	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A ICBF Y SENA

CONC	VALOR	DIAS MORA	INT MORA	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
ICBF					
1	0	0	0	0	0
SENA					
1	0	0	0	0	0

TOTAL APORTES DEL PERIODO A RIESGOS LABORALES

COD ARL	NIT ARL	COTIZ OBLIGAT	INCAPACIDADES No.AUTORIZ	INCAPACIDADES VALOR	APORTES OTROS RIESG	VALOR NETO COTIZACION
14-7	860002503-2	34.800		0	0	34.800
DIAS MORA	**INTERES MORA COTI**	**SUBTOTAL APORT COTIZ**	**No. RADICAC SALDO A FAVOR**	**SALDO A FAVOR**	**FONDO SOLIDARIDAD**	**TOTAL A PAGAR**
0	0	34.800		0	348	34.800

TOTAL APORTES DEL PERIODO A MIN. EDUCACION

VALOR	DIAS MORA	INT MORA FONDO	TOTAL A PAGAR

TOTAL APORTES DEL PERIODO A ESAP

VALOR	DIAS MORA	INT MORA FONDO	TOTAL A PAGAR

NUMERO DE ADMINISTRADORAS REPORTADAS

PENSIONES	1
SALUD	1
RIESGOS LABORALES	1
CAJAS DE COMPENSACION	1
OTRAS	0
TOTAL	4

TOTAL A PAGAR POR TIPO ADMINISTRADORA	ANTES DE IGE,LMAJRP Y MORA	VALOR TOTAL
PENSIONES	228.500	228.500
SALUD	178.600	178.600
RIESGOS LABORALES	34.800	34.800
CCF	8.600	8.600
SENA	0	0
ICBF	0	0
ESAP	0	0
MINISTERIO DE EDUCACION	0	0
GRAN TOTAL	450.500	450.500

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