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:	4212 - 2020	**C.D.P. No.:**	1272	**Proceso al que pertenece:**	PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC
				Unidad a la que pertenece:	SALUD PUBLICA - ESPACIO PUBLICO
Nombre del Contratista:	LUISA FERNANDA HERNANDEZ PLAZAS	**C.C.**	52.713.845	**de:**	BOGOTA
Fecha Inicio:	2020-05-16	**Fecha Terminación inicial:**	2020-06-03	**Valor Mensual:**	$ 5.767.164
Valor a cobrar:	$ 5.767.164				

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 4.901.250	1499	2020-06-04	2020-06-30
2	$ 11.835.931	1657	2020-07-01	2020-08-31
3	$ 11.535.000	2710	2020-09-01	2020-10-31
4	$ 3.886.567	3615	2020-11-01	2020-11-20
5	$ 4.911.940	3782	2020-11-21	2020-11-30
6	$ 2.883.556	3919	2020-12-01	2020-12-15
7	$ 8.650.746	4112	2020-12-16	2021-01-31
8	$ 5.767.164	218	2021-02-01	2021-02-28
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	MAYO	$ 2.321.528	$ 166.555	42614911
2	JUNIO	$ 454.212 $ 5.198.008	$ 333.300	43265956
3	JULIO	$ 5.767.164	$ 713.800	43850503
4	AGOSTO	$ 5.767.164	$ 713.800	44084820
5	SEPTIEMBRE	$ 5.767.164	$ 713.800	44704115
6	OCTUBRE	$ 5.767.164	$ 713.800	45389741
7	NOVIEMBRE	$ 5.767.164	$ 713.800	46024042
8	DICIEMBRE	$ 5.767.164	$ 713.800	46646412
9	ENERO 2021	$ 5.767.164	$ 713.800	47334780
10	FEBRERO 2021	$ 5.767.164	$ 713.800	47963990
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
$ 3.095.370	$ 57.467.524	$ 54.111.060	$ 3.356.464

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS ESPECIALIZADOS COMO REFERENTE 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	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE	Se realiza planeación, ejecución, fortalecimiento y monitoreo de las acciones adelantadas por cada uno de los procesos del espacio público.	Actas de reunión, matrices. tableros de control
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	Apoyo a la programación de la operación del Espacio Público pór cada linea de acción y componente con el fin de corroborar las actividades contractuales.	Actas de verificación y seguimiento
3	Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.	Cronograma de las acciones a realizar en los servicios de profesional de apoyo social del Espacio Público	Plan de acción 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.	Se realizan las acciones que estan por lineamiento y en el plan de acción del Espacio Público	Formatos, actas, matrices e informes
5	Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal.	Se realiza acompañamiento en campo con los equipos del espacio público según pertinencia	Actas de reunión
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. 52.713.845 de BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	YULIETH AVILA BOHORQUEZ
CARGO:	COORDINADORA PIC
FIRMA	

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 1 DE 1

DATOS GENERALES

TIPO	NUMERO	NOMBRE O RAZON SOCIAL	TIPO PRESENTACION U C S D	SUCURSAL / DEPENDENCIA	CODIGO
CC	52713645-	LUISA FERNANDA HERNANDEZ PLAZAS	☑ ☐ ☐ ☐		

PERIODOS DE COTIZACION

SALUD MES	SALUD AÑO	PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF MES	PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF AÑO	NUMERO RADICACION
2021	1	2021	4796396	

TIPO EMPRESA	CLASE DE APORTANTE	CODIGO ARL	CODIGO OPERADOR
PUBLICA ☐ PRIVADA ☑ MIXTA ☐	PEQUEÑO ☐ GRANDE ☐ INDEPENDIENTE ☑	14-11	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 111A #88B - 51	BOGOTÁ, D.C.	11001	BOGOTÁ, D.C.	11	3038530		luiyher@hotmail.com	7490	2.307.000	1	2021/02/04	682759277

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.
EPS008	860066942-7	288.400	0		0		0	288.400	0	0	0	288.400	0		0	0	288.400	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.
25-14	900336004-7	369.200	0	0	0	0	0	0	369.200	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A RIESGOS LABORALES

COD ARL	NIT ARL	COTIZ OBLIGAT	INCAPACIDADES No.AUTORIZ	INCAPACIDADES VALOR	APORTES OTROS RIESG	VALOR NETO COTIZACION
14-11	890903790-5	56.200		0	0	56.200

DIAS MORA	INTERES MORA COTI	SUBTOTAL APORT COTIZ	No. RADICAC SALDO A FAVOR	SALDO A FAVOR	FONDO SOLIDARIDAD	TOTAL A PAGAR
0	0	56.200		0	562	56.200

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

TOTAL APORTES DEL PERIODO A CAJAS POR ADMINISTRADORA

COD CCF	NIT CCF	VALOR APORTE	DIAS MORA	INTERESES MORA	TOTAL A PAGAR	No. AFIL.
CCF24	860066942-7	13.900	0	0	13.900	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

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

TOTAL A PAGAR POR TIPO ADMINISTRADORA	ANTES DE IGE,ILMA,IRP Y MORA	VALOR TOTAL
PENSIONES	369.200	369.200
SALUD	288.400	288.400
RIESGOS LABORALES	56.200	56.200
CCF	13.900	13.900
SENA	0	0
ICBF	0	0
ESAP	0	0
MINISTERIO DE EDUCACION	0	0
GRAN TOTAL	727.700	727.700

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

compensar | miplanilla.com

REPORTE RESUMEN DE PAGO

Información básica de la planilla

Empresa:	LUISA FERNANDA HERNANDEZ PLAZAS	**NIT:**	52713845
Tipo Planilla:	I	**Periodo liquidación Pensiones:**	enero 2021
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	enero 2021
Número de Radicación:	47963990	**Total a pagar:**	$727,700
Fecha de vencimiento:	31/03/2021	**Total de empleados:**	1
Fecha de Pago:	04/02/2021	**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:**	882759277
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 11	890903790	ARL SURA	1		$0	$56,200
25 14	900336004	Administradora Colombiana de Pensiones -	1		$0	$369,200
CCF24	860066942	Compensar Caja de Compensacion Fliar	1		$0	$13,900
EPS008	860066942	Compensar EPS	1		$0	$288,400
						$727,700

***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

DAVIVIENDA

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS
882759277

Destino de pago
COMPENSAR-OI

Motivo
MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Fecha
04/02/2021

Número de aprobación
00759277

Dirección IP
191.156.177.133

Valor transacción
$ 727.700,00

Referencia 1	Referencia 2	Referencia 3
191.156.186.238	CC	52713845

Banco Davivienda S.A. Todos los derechos reservados 2017.

DAVIVIENDA