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: 07
FECHA: 2020-05-04

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 2085 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:	Liliana Marcela Gonzalez Gonzalez	**C.C.**	1.033.730.569
de:	Bogota		
Fecha Inicio:	2019-02-01	**Fecha Terminación inicial:**	2019-03-03
Valor Mensual:	$ 3.570.152	**Valor a cobrar:**	$ 3.201.492

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	2019-03-09
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	$ 3.570.000	549	2021-03-01	2021-03-31
21				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	FEBRERO	$ 3.000.000	$ 371.300	Planilla Enero 32972561
2	MARZO	$ 3.000.000	$ 371.300	Planilla Febrero 33042700
3	ABRIL	$ 3.095.400	$ 371.300	Planilla Marzo 33904675
4	MAYO	$ 3.095.400	$ 383.200	Planilla Abril 34624359
5	JUNIO	$ 3.095.400	$ 383.200	Planilla Mayo 35365832
6	JULIO	$ 3.095.400	$ 383.200	Planilla Junio 35994102
7	AGOSTO	$ 3.095.400	$ 383.200	Planilla Julio 36643765
8	SEPTIEMBRE	$ 3.095.400	$ 383.200	Planilla Agosto 37327043
9	OCTUBRE	$ 3.095.400	$ 383.200	Planilla Septiembre 38069592
10	NOVIEMBRE	$ 3.095.400	$ 383.200	Planilla Octubre 38642957
11	DICIEMBRE	$ 3.095.400	$ 383.200	Planilla Noviembre 39269347
12	ENERO 2020	$ 3.095.400	$ 383.200	Planilla diciembre 39799110
13	FEBRERO 2020	$ 3.095.400	$ 383.200	Planilla Enero 2020 40587932
14	MARZO 2020	$ 3.095.400	$ 383.200	Planilla Febrero 2020 41193206
15	ABRIL 2020	$ 2.523.424	$ 383.200	Planilla Marzo 2020 41757246
16	MAYO 2020	$ 2.691.680	$ 181.300	Planilla Abril 2020 42534267
17	JUNIO 2020	$ 302.814 $ 3.220.898	$ 193.800	Planilla Mayo 2020 43278674
18	JULIO 2020	$ 3.570.152	$ 436.200	Planilla Junio 2020 43865707
19	AGOSTO 2020	$ 3.570.152	$ 441.900	Planilla Julio 2020 44595338
20	SEPTIEMBRE	$ 3.570.152	$ 441.900	Planilla Agosto 2020 45258213
21	OCTUBRE	$ 3.570.152	$ 441.900	Planilla Septiembre 45970736
22	NOVIEMBRE	$ 3.570.152	$ 441.900	Planilla Octubre 46519996
23	DICIEMBRE	$ 3.570.152	$ 441.900	Planilla Noviembre 47189618
24	ENERO 2021	$ 3.570.152	$ 441.900	Planilla Diciembre 47895820
25	FEBRERO 2021	$ 3.570.152	$ 441.900	Planilla Enero 2021 48322566
26	MARZO 2021	$ 1.087.164	$ 441.900	Planilla Febrero 2021 48986241
27		$ 2.134.328		

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 3.300.000	$ 84.236.496	$ 83.646.324	$ 590.172

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN MEDICINA VETERINARIA DESARROLLANDO ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Relacion de actividades para el periodo: **Desde:** 1/03/2021 **Hasta:** 31/03/2021

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las relacionadas 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.	Realizar IVC a establecimientos de preparacion y expendio de alimentos en las Localidades Santafe y Martires	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.	Se presentó la información y/o soportes que soliciten y que corresponde al objeto y/o actividades contractuales como asistencia a reuniones citadas por la entidad correspondiente, así como ejecución de muestreos establecidos, actas de inspección vigilancia y control en establecimientos, depurar base de datos realizando actas de terminado en establecimientos, realizar acompañamiento a operativos requeridos por alcaldía y personería.	Informes y Formatos fisicos en archivo central del área VSA y los soportes de la informacion solicitada en medio magnetico se encuentran en el drive del proyecto para el mes certificado
3	Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato	Se presentó cronograma de actividades mensual a desarrollar durante el periodo de ejecución del mes correspondiente.	Cronograma de actividades 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 estándares de habilitación y acreditación de servicios de salud.	Se realizo IVC a establecimientos de preparacion y expendio de alimentos en las Localidades Santafe y Martires	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 espacio de vida o componente transversal.	Se realizan visitas de IVC a los diferentes puntos críticos establecidos en los lineamientos del componente, inspección a las instalaciones destinadas para los eventos, verificación del manejo adecuado de residuos sólidos y almacenamiento de agua potable según los lineamientos establecidos en la actual vigencia.	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			
8			

Observaciones:

Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL.
En caso de estar contrato nuevo se debe anexar también la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro

Firma del Contratista

C.C. 1.033.730.569 de Bogota

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

Estamos actualizando el diseño de miplanilla.com Prueba nuestra nueva versión Quiero Probar

Planillas / Resumen de pago

Información básica de la planilla

Empresa:	LILIANA MARCELA GONZALEZ GONZALEZ	**Nit:**	1033730569
Tipo planilla:	I	**Periodo liquidación Pensiones**	Febrero 2021
Sucursal o Dependencia:	Salud publica	**Periodo liquidación Salud:**	Febrero 2021
Número de radicación:	48986241	**Total a pagar:**	$470,500
Fecha de vencimiento:	15/03/2021	**Total de empleados:**	1
Fecha de pago:	10/03/2021	**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 de aprobación:**	918948345
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
14-11	890903790	ARL SURA	1		$0.00	$34,800
230301	800224808	Porvenir	1		$0.00	$228,500
CCF22	860007336	Colsubsidio Caja de Compensacion Fliar	1		$0.00	$28,600
EPS017	830003564	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	1		$0.00	$178,600
						$470,500

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

»Ver planillas pagadas

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

Exportar reporte a Excel Exportar reporte a PDF

Imprimir transaccion

https://www.miplanilla.com/

Todos los derechos reservados © 2021 . Compensar - Cenet S.A.

certicámara Acerca de los certificados SSL

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	1033730569	LILIANA MARCELA GONZALEZ GONZALEZ		CLL52SUR #24C-41	7694362	marcegon91@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	
2021-02	2021-02	I	10/03/2021	48986841	$470.500	

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	178.600	0		0		0	0	0	0	178.600	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	228.500	0	0	0	0	0	0		228.500	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	34.800				34.800	0	0	34.800			348	34.800	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	28.600	0	0	28.600	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	178.600	178.600
Pensión	1	228.500	228.500
Riesgos Laborales	1	34.800	34.800
CCF	1	28.600	28.600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	470.500	470.500

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

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto: 02 Actualización

4. Número de formulario: 14740843203

(415)7707212489984(8020) 000001474084320 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1033730569	1	Impuestos de Bogotá 32	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 13	1033730569	2009 02 17

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 169	Bogotá D.C. 11	Bogotá, D.C. 001

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
GONZALEZ	GONZALEZ	LILIANA	MARCELA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 169	Bogotá D.C. 11	Bogotá, D.C. 001

41. Dirección principal: C L 52 F SUR 24 C 41 TO 7 AP 304

42. Correo electrónico: mvz.liliana1991@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	7694362	3002266842

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1 2	51. Código	52. Número establecimientos
7500	2016 03 01						

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código 49																									

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código									

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2021 - 02 - 12 / 12 : 26: 10

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre: GONZALEZ GONZALEZ LILIANA MARCELA
985. Cargo: CONTRIBUYENTE

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO