

### I. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: **PS 2107 2019** C.D.P. No.: **188** Proceso al que pertenece: **PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC**  
 Unidad a la que pertenece: **SUBRED CENTRO ORIENTE - SALUD PUBLICA -VIGILANCIA DE LA SALUD AMBIENTAL**  
 Nombre del Contratista: **INGRID ISABEL ORTEGA CASTAÑEDA** C.C. **52 446 531** de: **BOGOTA**  
 Fecha Inicio: **2019-02-01** Fecha Terminación inicial: **2019-03-03** Valor Mensual: **\$ 3.095.400** Valor a cobrar: **\$ 3.095.400**

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP  | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|------------------|---------------|------|-----------------|----------------------|
| 1                | \$ 3.000.000  | 536  | 2019-03-04      | 2019-04-03           |
| 2                | \$ 8.996.200  | 738  | 2019-04-04      | 2019-08-03           |
| 3                | \$ 3.095.400  | 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                | \$ 5.540.948  | 2988 | 2019-11-21      | 2020-01-03           |
| 7                | \$ 2.792.589  | 3563 | 2020-01-04      | 2020-03-03           |
| 8                | \$ 3.499.148  | 189  |                 |                      |
| 9                |               |      |                 |                      |
| 10               |               |      |                 |                      |
| 11               |               |      |                 |                      |
| 12               |               |      |                 |                      |
| 13               |               |      |                 |                      |
| 14               |               |      |                 |                      |
| 15               |               |      |                 |                      |
| 16               |               |      |                 |                      |
| 17               |               |      |                 |                      |
| 18               |               |      |                 |                      |
| 19               |               |      |                 |                      |
| 20               |               |      |                 |                      |
| 21               |               |      |                 |                      |
| 22               |               |      |                 |                      |

| N° CTA | MES DE CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR | VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL | NÚMERO DE PLANILLA         |
|--------|------------------------|---------------|-----------------------------|----------------------------|
| 1      | FEBRERO                | \$ 3.000.000  | \$ 372.300                  | 4257980117 (P. ENERO)      |
| 2      | MARZO                  | \$ 3.000.000  | \$ 372.300                  | 4265954052 (P. FEBRERO)    |
| 3      | ABRIL                  | \$ 3.095.400  | \$ 372.000                  | 4274864279 (P. MARZO)      |
| 4      | MAYO                   | \$ 3.095.400  | \$ 383.200                  | 4278217723 (P. ABRIL)      |
| 5      | JUNIO                  | \$ 3.095.400  | \$ 383.200                  | 4278751177 (P. MAYO)       |
| 6      | JULIO                  | \$ 3.095.400  | \$ 383.700                  | 4283509090 (P. JUNIO)      |
| 7      | AGOSTO                 | \$ 3.095.400  | \$ 384.200                  | 4294321204 (P. JULIO)      |
| 8      | SEPTIEMBRE             | \$ 3.095.400  | \$ 384.200                  | 4301068059 (P. AGOSTO)     |
| 9      | OCTUBRE                | \$ 3.095.400  | \$ 408.800                  | 7733672837 (P. SEPTIEMBRE) |
| 10     | NOVIEMBRE              | \$ 3.095.400  | \$ 408.800                  | 7733672896 (P. OCTUBRE)    |
| 11     | DICIEMBRE              | \$ 3.095.400  | \$ 408.800                  | 7735852530 (P. NOVIEMBRE)  |
| 12     | ENERO                  | \$ 3.095.400  | \$ 408.800                  | 7738704941 (P. DICIEMBRE)  |
| 13     | FEBRERO                | \$ 3.095.400  | \$ 409.300                  | 40663274 (P. ENERO)        |
| 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 |
|---------------------|----------------------------|--------------------------|------------------|--------------------|
|                     | \$ 3.300.000               | \$ 40.554.543            | \$ 40.049.400    | \$ 505.143         |

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

OBJETO DEL CONTRATO  
 PRESTAR SERVICIOS COMO MEDICO VETERINARIO PROFESIONAL 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: **2020-02-01** Hasta: **2020-02-29**

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS<br>(Las consignadas en la minuta)                                                                                                                                                                                                                     | DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO<br>ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE.                                                                                                                                                             | Realizar visitas de IVC en la línea de alimentos sanos y seguros en los puntos críticos objetos de intervención de la localidad Rafael Uribe Uribe. |
| 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 los soportes de las actividades IVC realizadas de manera clara y oportuna.                                                                 |
| 3. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.                                                                                                                                                                                                          | Entrega del cronograma en físico en las fechas establecidas.                                                                                        |
| 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.                              | Acciones de IVC a establecimientos de manera eficaz y eficiente.                                                                                    |
| 5. Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal.                                                                                                                                                          | Desarrollo de visitas en campo según programación.                                                                                                  |
| 6                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                     |
| 7                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                     |
| 8                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                     |
| 9                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                     |
| 10                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                     |

Observaciones:

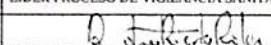
Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL.

En caso de tener contrato nuevo se debe anexar también la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro

  
 Firma del Contratista

C.C. **52.446.531** de **BOGOTA**

### VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS

|         |                                                                                     |
|---------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| NOMBRE: | JAVIER RICARDO PEÑUELA PEREZ                                                        |
| CARGO:  | LIDER PROCESO DE VIGILANCIA SANITARIA                                               |
| FIRMA   |  |

## Información básica de la planilla

|                         |                                |                                |            |
|-------------------------|--------------------------------|--------------------------------|------------|
| Empresa:                | INGRID ISABEL ORTEGA CASTAÑEDA | NIT:                           | 52446531   |
| Tipo Planilla:          | I                              | Periodo liquidación Pensiones: | enero 2020 |
| Sucursal o Dependencia: | PRINCIPAL                      | Periodo liquidación Salud:     | enero 2020 |
| Número de Radicación:   | 40663274                       | Total a pagar:                 | \$409,300  |
| Fecha de vencimiento:   | 10/02/2020                     | Total de empleados:            | 1          |
| Fecha de Pago:          | 14/02/2020                     | Número de Administradoras:     | 4          |

## Detalles del pago

|                           |                                       |                      |                          |
|---------------------------|---------------------------------------|----------------------|--------------------------|
| Razón social recaudo:     | Compensar OI                          | Nit recaudo:         | 9998600669427            |
| Descripción:              | MIPlanilla.com Pago Protección Social | Medio de Pago:       | Pago Electronico por PSE |
| Banco:                    | BANCO DAVIVIENDA                      | Número Autorización: | 563696833                |
| 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 Bolívar S.A.         | 1              |                                              | \$0                                          | \$30,300     |
| 230201 | 800229739 | Proteccion (ING + Proteccion)        | 1              |                                              | \$0                                          | \$198,800    |
| CCF24  | 860066942 | Compensar Caja de Compensación Filar | 1              |                                              | \$0                                          | \$24,900     |
| EPS008 | 860066942 | Compensar EPS                        | 1              |                                              | \$0                                          | \$155,300    |
|        |           |                                      |                |                                              |                                              | \$409,300    |

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

Le informamos que el pago de la planilla No. 40663274, fue posterior a la fecha límite establecida en el Decreto 1670 de 2007. Sin embargo, para las administradoras el recibir el aporte no implica que esté aceptando o se esté allanando a la mora, ya que la Ley establece la obligatoriedad de recibirlo, al igual que para los empleadores y aportantes la obligación de cotizar oportunamente, lo que permite el reconocimiento de las prestaciones económicas (Incapacidades, Licencias de Maternidad y Paternidad), evitando además, el recobro al empleador o trabajador independiente de los servicios prestados durante el periodo de pago extemporáneo.

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                                |                      |              |                                     |
|---------------------|-------------------|--------------------------------|----------------------|--------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE               | DIRECCIÓN            | TELÉFONO     | CÓRREO                              |
| CC                  | 52446531          | INGRID ISABEL ORTEGA CASTAÑEDA | DG 32D SUR # 21 ESTE | 3119000676   | ingridm_ortega@hotmail.com          |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL                | CÓDIGO               | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO                  |
| UNICA               | 1 - Independiente |                                |                      | BOGOTÁ D.C.  | BOGOTÁ D.C.                         |
|                     |                   |                                |                      |              | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
|                     |                   |                                |                      |              | NO                                  |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                    |               |                           |                 |               |
|----------------------|------------------------------------|---------------|---------------------------|-----------------|---------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD      |
|                      |                                    |               |                           |                 | EMPLEADOS     |
|                      |                                    |               |                           |                 | 1             |
|                      |                                    |               |                           |                 | TOTAL A PAGAR |
|                      |                                    |               |                           |                 | \$409.300     |
| PERIODO TALUD        | 2020-01                            | 2020-01       | 14-02-2020                | 40863274        |               |

TOTALES POR SUBSISTEMAS

| TOTALES SALUD |               |             |                        |               |                  |       |                     |       |           |
|---------------|---------------|-------------|------------------------|---------------|------------------|-------|---------------------|-------|-----------|
| Código EPS    | Nombre        | NIT         | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades    |       | Licencia Maternidad |       | Días Mora |
| EPS008        | Compensar EPS | 860026942-7 | 154.800                | 0             | No. Autorización | Valor | No. Autorización    | Valor | 4         |
|               |               |             |                        |               | 0                | 0     | 0                   | 0     | 155.300   |
|               |               |             |                        |               |                  |       |                     |       | 1         |

TOTALES PENSIÓN

| Código AFP | Nombre                        | NIT         | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Subistencia | Aporte FSP - Solidaridad | Días Mora |
|------------|-------------------------------|-------------|------------------------|---------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------|
| 230201     | Proteccion (ING + Proteccion) | 800229739-0 | 198.200                | 0             | 0                          | 0                           | 0                        | 0                        | 4         |
|            |                               |             |                        |               |                            |                             |                          |                          | 199.800   |
|            |                               |             |                        |               |                            |                             |                          |                          | 1         |

TOTALES RIESGOS LABORALES

| Código ARL | Nombre               | NIT        | Cotización Obligatoria | Incapacidades    | Aportes Otros | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización |
|------------|----------------------|------------|------------------------|------------------|---------------|-----------------------|-----------|-----------------------|---------------------|
| 14-7       | Seguros Bolívar S.A. | 86002503-2 | 30.200                 | No. Autorización | Valor         | 30.200                | 4         | 100                   | 30.300              |
|            |                      |            |                        |                  |               |                       |           |                       | 302                 |
|            |                      |            |                        |                  |               |                       |           |                       | 30.300              |
|            |                      |            |                        |                  |               |                       |           |                       | 1                   |

TOTALES CAJAS

| Código CCF | Nombre         | NIT         | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|------------|----------------|-------------|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| CCF24      | Compensar Caja | 860026942-7 | 24.800       | 4         | 100               | 24.900        | 1             |

TOTALES PARAFISCALES

| Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| 0            | 0         | 0                 | 0             | 0             |
| 0            | 0         | 0                 | 0             | 0             |
|              |           |                   |               |               |
|              |           |                   |               |               |
|              |           |                   |               |               |
|              |           |                   |               |               |

TOTALES POR SUBSISTEMA

| Tipo Administradora | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de ICE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
|---------------------|--------------------------------|-------------------------------------|---------------|
| Salud               | 1                              | 154.800                             | 155.300       |
| Pensión             | 1                              | 198.200                             | 198.800       |
| Riesgos Laborales   | 1                              | 30.200                              | 30.300        |
| CCF                 | 1                              | 24.800                              | 24.900        |
| ESAP                | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                 | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                | 0                              | 0                                   | 0             |
| TOTALES             | 4                              | 408.000                             | 409.300       |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                                |                      |              |                            |
|---------------------|-------------------|--------------------------------|----------------------|--------------|----------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE               | DIRECCIÓN            | TELÉFONO     | CORREO                     |
| CC                  | 524446531         | INGRID ISABEL ORTEGA CASTAÑEDA | DG 32D SUR 8 21 ESTE | 31180000976  | ingridh_ortega@hotmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL                | CÓDIGO               | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO         |
| UNICA               | 1 - Independiente |                                |                      | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ D. C.               |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                    |               |                           |               |           |
|----------------------|------------------------------------|---------------|---------------------------|---------------|-----------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO) | CANTIDAD      |           |
|                      |                                    |               |                           | EMPLADOS      | UPC       |
|                      |                                    |               |                           | 1             | 0         |
| PERIODO SALUD        |                                    |               |                           | TOTAL A PAGAR |           |
| 2020-01              | 2020-01                            | I             | 14/02/2020                | 40663274      | \$409.300 |

| DETALLE POR COTIZANTE |      |                       |                       |                                |            |       |             |       |         |           |     |     |         |     |     |    |     |     |       |          |          |                   |            |                       |                           |                       |          |         |                      |          |         |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |   |   |
|-----------------------|------|-----------------------|-----------------------|--------------------------------|------------|-------|-------------|-------|---------|-----------|-----|-----|---------|-----|-----|----|-----|-----|-------|----------|----------|-------------------|------------|-----------------------|---------------------------|-----------------------|----------|---------|----------------------|----------|---------|------------|------------|---------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|---|---|
| INFORMACIÓN COTIZANTE |      |                       | INFORMACIÓN NOVEDADES |                                |            |       |             |       |         |           |     |     | PENSIÓN |     |     |    |     |     | SALUD |          |          | RIESGOS LABORALES |            |                       |                           | CCF                   |          |         | PARAFISCALES         |          |         |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |   |   |
| No.                   | Type | No. de Identificación | Apellidos y Nombres   |                                | Cotización | Fondo | Excepciones | Fondo | Cálculo | Indicador | MAT | TDE | TAB     | TOM | VST | VR | VAC | VCT | ML    | COMBICOM | Cód. AFP | HSC AFP           | Cotización | Voluntario o Afiliado | Voluntario de Solidaridad | Fondo para jubilación | Cat. EPS | IBC EPS | Cotización Valor UPC | Cod. ARL | IBC ARL | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC error parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAF | Aporte MEN |   |   |
| 1                     | CC   | 52446531              |                       | ORTEGA CASTAÑEDA INGRID ISABEL | \$71.90    |       |             |       |         |           |     |     |         |     |     |    |     |     |       |          | 202021   | 1.238.200         | 198.200    | 0                     | 0                         | 0                     | 0        | EP8058  | 4.208.200            | 154.800  | 14.7    | 1.238.200  | 3          | 30.200  | CCF24      | 1.238.200              | 24.800      | 0           | 0           | 0          | 0 | 0 |