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: 01
FECHA: 2017-07-07

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS-4357-2018	**C.D.P. No.:**	2423	**Proceso al que pertenece:**	PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC
				Unidad a la que pertenece:	SALUD PUBLICA - ESPACIO VIVIENDA
Nóumbre del Contratista:	NANCY JOHANA VALBUENA ARIZA			**C.C.**	1.033.684.608 **de:** Bogotá
Fecha Inicio:	2018-04-07	**Fecha Terminación Inicial:**	2018-08-03	**Valor Mensual:**	$ 2.800.000 **Valor a cobrar:** $ 2.519. 991

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
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	JULIO	$ 2.519.991	$ 346.500	8480887339
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
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
$ 2.800.000	$ 2.800.000	$ 2.519.991	$ 280.009

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN ENFERMERIA DESARROLLANDO ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE

Relación de actividades para el período: **Desde:** 2018-07-04 **Hasta:** 2018-07-31

	OBLIGACIONES ESPECIFICAS (Las establecidas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN.
1	1.presentar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE	Desarrollar acciones en el espacio vivienda de acuerdo el lineamientos establecidos de la secretaria de salud y cumplir con los direccionamientos establecidos desde del supervisor del contrato
2	2. Apoyar la prestación de servicios en el PIC, presentando la información y/o soportes que solicite y que corresponde al objeto y/o actividades contractuales y de acuerdo al ANEXOS y lineamientos contenidos en el Contrato suscrito con el Fondo Financiero Distrital.	**Plan familiar formulado** Selección y priorización de familias Caracterización social y ambiental a través de diálogo de saberes con la familia. Reconocer la cartografía base para el análisis de determinantes estructurales Analizar conjuntamente con la familia las condiciones halladas y establecer prioridades **Plan Familiar implementado** Concertación del Plan familiar Desarrollar acciones centradas en familia.
3	3.presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.	Realizar apropiacion conceptual de los lineaminetos suministrados por Secretaria Distrital Salud
4		
5		
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

Nancy Valbuena.
Firma del Contratista

C.C. 1.033.684.608 **de** Bogotá

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	Milton Cardozo Cruz
CARGO:	Líder del Espacio Vivienda
FIRMA	

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1033684608		VALBUENA ARIZA NANCY JOHANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 69D SUR 3B 51	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4724241	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-07	2018-07	71501941	8480887339	I	2018/07/05	2018/07/10	BANCO DE OCCIDENTE	5	$370,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,120,000	$179,200			$1,120,000	$140,000			$1,120,000	$22,400			$1,120,000	$27,300		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,120,000	$179,200			$1,120,000	$140,000			$1,120,000	$22,400			$1,120,000	$27,300		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,120,000	$179,200			$1,120,000	$140,000			$1,120,000	$22,400			$1,120,000	$27,300		$0	$0
1	CC 1033684608	VALBUENA NANCY	230301	30	$1,120,000	$179,200	EPS016	30	$1,120,000	$140,000	CCF22	30	$1,120,000	$22,400	14-7	30	$1,120,000	$27,300	30	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,120,000	$179,200			$1,120,000	$140,000			$1,120,000	$22,400			$1,120,000	$27,300		$0	$0

PAGADO

2018/07/10 10:23 AM

PAGO DE FACTURAS

PILA BP

NUM APROBACION:71501941
NUM REFERENCIA:000000848087339
NUM IDENTIFICACION:1033684608
PERIODO: 2018-07
FECHA EFECTIVA:2018-07-09
VALOR: 370.500
LUN 9 JUL 18 18:38:36
190-08801784-157
770611-179699-244627-556260-46
CONSERVE ESTE TIQUETE. ES EL UNICO RECIBO OFICIAL DE PAGO.EN CASO DE RECLAMO LLAMAR A:
A SU OPERADOR.
AGT 112097 CLR 8948906
02194677-181082

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: 01
FECHA: 2017-07-07

4357

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS-4357-2018	**C.D.P. No.:**	2423	**Proceso al que pertenece:**	PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC
				Unidad a la que pertenece:	SALUD PUBLICA - ESPACIO VIVIENDA

Nombre del Contratista: NANCY JOHANA VALBUENA ARIZA **C.C.** 1.033.684.608 **de:** Bogotá

Fecha Inicio: 2018-07-04 **Fecha Terminación inicial:** 2018-08-03 **Valor Mensual:** $ 2.800.000 **Valor a cobrar:** $ 2.800.000

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 2.800.000	2667	2018-08-04	2018-09-03
2				
3				
4				
5				
6				
7				
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	JULIO	$ 2.519.991	$ 346.500	8480887339
2	AGOSTO	$ 2.800.000	$ 346.500	8481932580
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
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
$ 2.800.000	5,600,000	5,319,991	$ 280.009

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN ENFERMERIA DESARROLLANDO ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2018-08-01 **Hasta:** 2018-08-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	1.presentar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE	Desarrollar acciones en el espacio vivienda de acuerdo el lineamientos establecidos de la secretaria de salud y cumplir con los direccionamientos establecidos desde del supervisor del contrato
2	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 al ANEXOS y lineamientos contenidos en el Contrato interadministrativo suscrito con el Fondo Financiero Distrital.	Selección y priorización de familias Caracterización social y ambiental a través de diálogo de saberes con la familia Reconocer la cartografía base para el análisis de determinantes estructurales Analizar conjuntamente con la familia las condiciones halladas y establecer prioridades **Plan Familiar implementado** Concertación del Plan familiar Desarrollar acciones centradas en familia.
3	3.presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.	Realizar apropiacion conceptual de los lineaminetos suministrados por Secretraria Distrital Salud
4		
5		
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

Nancy Valbuena.
Firma del Contratista

C.C. 1.033.684.608 **de** Bogotá

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	Milton Cardozo Cruz
CARGO:	Referente del Espacio Vivienda
FIRMA	

AGO 10 2018 12:42:19 RBMICT 8.00
EXITO USME
CRA 1 65DSUR-58
CORRESPONSAL
BANCO AV VILLAS
C.UNICO: 0012103453 TER: JAAAK237
C.BANC: 0052
ID CAJERO: 0022978681
RECIBO: 005325 RRN: 009027
APRO: 011408
RECAUDO
SERVICIO: 1506
FACTURA: 0000000000000008481932580
** PAGO FACTURA **
TRANSACCION EXITOSA
RECAUDO $ 371.100

BANCO AV VILLAS es responsable por los servicios prestados por el CB. El CB no puede prestar servicios financieros por su cuenta.
Para reclamos comuníquese al:
01 8000518000
CONSERVE ESTA TIRILLA COMO SOPORTE.
FECHA PLANILLA: 2018/08
VALOR PLANILLA: $ 371.100
VALOR COMISION: $ 0
VALOR IVA: $ 0
PAGO APLICADO EN MM/DD: 08/10
*** CLIENTE ***

097-CCA7T

371 100

371.100
372 000

BANCO:0052
900
IVA
IVA
0
0

E31/AGO/2017
1 0099999999
= 1
390.900 608-9
11/2016
7455444

2 8681

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1033684608		YALBUENA ARIZA NANCY JOHANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 69D SUR 38 51	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4724241	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-08	2018-08	84686224	8481932580	I	2018/08/03	2018/08/10	BANCO DE OCCIDENTE	7	$371,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION			SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
1	CC	1033684608	YALBUENA NANCY	230301	30	$1,120,000	$179,200	EPS016	30	$1,120,000	$140,000	CCF22	30	$1,120,000	$22,400	14-7	30	$1,120,000	$27,300	30	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$1,120,000	$179,200			$1,120,000	$140,000			$1,120,000	$22,400			$1,120,000	$27,300		$0	$0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$179,200	$1,000	$0	$180,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$179,200	$1,000	$0	$180,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$27,300	$200	$0	$27,500
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$27,300	$200	$0	$27,500
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$22,400	$200	$0	$22,600
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	1	$22,400	$200	$0	$22,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$140,000	$800	$0	$140,800
COOMEVA	EPS016	805,000,427	1	1	$140,000	$800	$0	$140,800
TOTAL				**1**	**$368,900**	**$2,200**	**$0**	**$371,100**

PAGO

2018/08/17 03:28 PM

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: 01
FECHA: 2017-07-07

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: PS-4357-2018 **C.D.P. No.:** 2423 **Proceso al que pertenece:** PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC

Unidad a la que pertenece: SALUD PUBLICA - ESPACIO VIVIENDA

Nombre del Contratista: NANCY JOHANA VALBUENA ARIZA **C.C.** 1.033.684.608 **de:** Bogotá

Fecha Inicio: 2018-07-04 **Fecha Terminación inicial:** 2018-08-03 **Valor Mensual:** $ 2.800.000 **Valor a cobrar:** $ 3.000.000

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 2.800.000	2667	2018-08-04	2018-09-09
2	$ 12.020.000	2857	2018-09-04	2019-01-03
3				
4				
5				
6				
7				
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	JULIO	$ 2.519.991	$ 346.500	8480887339
2	AGOSTO	$ 2.800.000	$ 346.500	8481932580
3	SEPTIEMBRE	$ 3.000.000	$ 371.300	8483882365
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
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
	$ 2.800.000	$ 17.620.000	$ 8.319.991	$ 9.300.009

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN ENFERMERIA DESARROLLANDO ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2018-09-01 **Hasta:** 2018-09-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	1.presentar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE	Desarrollar acciones en el espacio vivienda de acuerdo el lineamientos establecidos de la secretaria de salud y cumplir con los direccionamientos establecidos desde del supervisor del contrato
2	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 al ANEXOS y lineamientos contenidos en el Contrato suscrito con el Fondo Financiero Distrital.	Selección y priorización de familias Caracterización social y ambiental a través de diálogo de saberes con la familia. Reconocer la cartografía base para el análisis de determinantes estructurales Analizar conjuntamente con la familia las condiciones halladas y establecer prioridades **Plan Familiar implementado** Concertación del Plan familiar Desarrollar acciones centradas en familia.
3	3.presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.	Diligenciamiento del cronograma mensualmente en el que se consignan las actividades programadas durante el mes siguiente acordes a las acciones establecidas en el lineamientos.
4	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 habilitacion y acreditacion de servicios de salud.	Apoyo a otras actividades que sean asignadas desde coordinacion.
5	5. Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal.	Realizar caracterizaciones según cronograma y asignacion de base.
6	6. Diligenciar de manera completa, adecuada, ordenada y legible todos los formatos requeridos en las diferentes intervenciones de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal.	Diligenciar los formatos de acuerdo a estandares de calidad.
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

Nancy Valbuena
Firma del Contratista

C.C. 1.033.684.608 **de** Bogotá

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	Milton Cardozo Cruz
CARGO:	Líder del Espacio Vivienda
FIRMA	

PAGO DE FACTURAS

PILA BP

NUM APROBACION:96407920
NUM REFERENCIA:000000848388236 5
NUM IDENTIFICACION:1033684608
PERIODO: 2018-09
FECHA EFECTIVA:2018-09-11
VALOR: 393.700
MAR11 SEP 18 17:17:45
254-08206473-235
770163-644546-544627-556260-49
CONSERVE ESTE TIQUETE. ES EL UNICO RECIBO OFICIAL DE PAGO.EN CASO DE RECLAMO LLAMAR A:
A SU OPERADOR.
AGT 112097 CLR 8949270
01148202-340971

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1033684608		VALBUENA ARIZA NANCY JOHANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 69D SUR 3B 51	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4724241	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-09	2018-09	96407920	8483882365	I	2018/10/03	2018/09/12	BANCO DE OCCIDENTE	0	$393,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$192,000	$0	$0	$192,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$192,000	$0	$0	$192,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$29,300	$0	$0	$29,300
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$29,300	$0	$0	$29,300
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$22,400	$0	$0	$22,400
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	1	$22,400	$0	$0	$22,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$150,000	$0	$0	$150,000
COOMEVA	EPS016	805,000,427	1	1	$150,000	$0	$0	$150,000
TOTAL				1	$393,700	$0	$0	$393,700

PAGADO

437

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 ARASTECIMIENTO
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 01
FECHA: 2017-07-07

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS-4357-2018	**C.D.P. No.:** 2423	**Proceso al que pertenece:** PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC
			Unidad a la que pertenece: SALUD PUBLICA - ESPACIO VIVIENDA
Nombre del Contratista:	NANCY JOHANA VALBUENA ARIZA	**C.C.** 1.033.684.608	**de:** Bogotá
Fecha Inicio:	2018-07-04	**Fecha Terminación Inicial:** 2018-08-03	**Valor Mensual:** $ 3.000.000 **Valor a cobrar:** $ 3.000.000

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 2.800.000	2667	2018-08-04	2018-09-03
2	$ 12.020.000	2857	2018-09-04	2019-01-03
3				
4				
5				
6				
7				
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	JULIO	$ 2.519.991	$ 346.500	8480887339
2	AGOSTO	$ 2.800.000	$ 346.500	8481932580
3	SEPTIEMBRE	$ 3.000.000	$ 371.300	8483882365
4	OCTUBRE	$ 3.000.000	$ 371.300	8483882365
5				
6				
7				
8				
9				
10				
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
$ 2.800.000	$ 17.620.000	$11,319,991	$6,309,009

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN ENFERMERIA DESARROLLANDO ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2018-10-01 **Hasta:** 2018-10-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las mismas de la orden)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	1.presentar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE	Desarrollar acciones en el espacio vivienda de acuerdo el lineamientos establecidos de la secretaria de salud y cumplir con los direccionamientos establecidos desde del supervisor del contrato
2	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 al ANEXOS y lineamientos contenidos en el Contrato suscrito con el Fondo Financiero Distrital.	Selección y priorización de familias Caracterización social y ambiental a través de diálogo de saberes con la familia. Reconocer la cartografía base para el análisis de determinantes estructurales Analizar conjuntamente con la familia las condiciones halladas y establecer prioridades **Plan Familiar implementado** Concertación del Plan familiar Desarrollar acciones centradas en familia.
3	3.presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.	Diligenciamiento del cronograma mensualmente en el que se consignan las actividades programadas durante el mes siguiente acordes a las acciones establecidas en el lineamientos.
4	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 habilitacion y acreditacion de servicios de salud.	Apoyo a otras actividades que sean asignadas desde coordinacion.
5	5. Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal.	Realizar caracterizaciones según cronograma y asignacion de base.
6	6. Diligenciar de manera completa, adecuada, ordenada y legible todos los formatos requeridos en las diferentes intervenciones de acuerdo a los anexos operativos de	Diligenciar los formatos de acuerdo a estandares de calidad.
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

Nancy Valbuena
Firma del Contratista

C.C. 1.033.684.608 **de** Bogotá

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	Milton Cardozo Cruz
CARGO:	Líder del Espacio Vivienda
FIRMA	

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1033684608		VALBUENA ARIZA NANCY JOHANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 69D SUR 3B 51	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4724241	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-09	2018-09	96407920	8483882365	I	2018/10/03	2018/09/12	BANCO DE OCCIDENTE	0	$393,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
1	CC 1033684608	VALBUENA NANCY	230301	30	$1,200,000	$192,000	EPS016	30	$1,200,000	$150,000	CCF22	30	$1,120,000	$22,400	14-7	30	$1,200,000	$29,300	30	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,200,000	$192,000			$1,200,000	$150,000			$1,120,000	$22,400			$1,200,000	$29,300		$0	$0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$192,000	$0	$0	$192,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$192,000	$0	$0	$192,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$29,300	$0	$0	$29,300
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$29,300	$0	$0	$29,300
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$22,400	$0	$0	$22,400
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	1	$22,400	$0	$0	$22,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$150,000	$0	$0	$150,000
COOMEVA	EPS016	805,000,427	1	1	$150,000	$0	$0	$150,000
TOTAL				1	$393,700	$0	$0	$393,700

PAGADO

2018/10/18 10:29 AM

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

4357

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 01
FECHA: 2017-07-07

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: PS-4357-2018 **C.D.P. No.:** 2423 **Proceso al que pertenece:** PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PSPIC
Unidad a la que pertenece: SALUD PUBLICA

Nombre del Contratista: NANCY JOHANA VALBUENA ARIZA **C.C.** 1.033.684.608 **de:** BOGOTA D.C

Fecha Inicio: 2018-04-07 **Fecha Terminación incial:** 2018-08-03 **Valor Mensual:** $ 3.000.000 **Valor a cobrar:** $ 1.956.522

ADICIÓN / OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 2.800.000	2667	2018-08-04	2018-09-03
2	$ 12.020.000	2857	2018-09-04	2019-01-03
3	$ 4.304.348	3622		
4				
5				
6				
7				
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	NÚMERO DE PLANILLA
1	JULIO	$ 2.519.991	$ 346.500	8480887339
2	AGOSTO	$ 2.800.000	$ 346.500	8481932580
3	SEPTIEMBRE	$ 3.000.000	$ 371.300	8483882365
4	OCTUBRE	$ 3.000.000	$ 371.300	8486075081
5	EXTRAS SEPTIEMBRE	$ 782.609	$ 104.000	8483882365/8486075050
6	EXTRAS OCTUBRE	$ 1.173.913	$ 145.300	8486075081
7				
8				
9				
10				
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
	$ 2.800.000	$ 12.904.384	$ 2.519.991	$ 10.384.393

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN ENFERMERIA 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 perio **Desde:** 2018-09-01 **Hasta:** 2018-10-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO 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.	Desarrollar acciones en el espacio vivienda de acuerdo el lineamientos establecidos de la secretaria de salud y cumplir con los direccionamientos establecidos desde del supervisor del contrato. (4 Caracterizaciones /implementaciones de familias en el mes de septiembre 2018 y 5 Caracterizaciones /implementaciones de
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 Distrita	Plan familiar formulado Selección y priorización de familias (total 9, 4 de septiembre y 5 de octubre) Caracterización social y ambiental a través de diálogo de saberes con la familia. Reconocer la cartografía base para el análisis de determinantes estructurales Analizar conjuntamente con la familia las condiciones halladas y establecer prioridades Plan Familiar implementado Concertación del Plan familiar (total 9, 4 de septiembre y 5 de octubre) Desarrollar acciones centradas en familia. (total 9, 4 de septiembre y 5 de octubre)
3	Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.	Diligenciamiento del cronograma mensualmente en el que se consignan las actividades programadas durante el mes siguiente acordes a las acciones establecidas en el lineamineto
4	Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dantro de los planes de mejoramiento de los diferentes estandares de habilitacion y acreditacion de servicios de salud.	Apoyar acciones direccionadas desde el espacio de vivienda para el mejoramiento continuo de calidad en los procesos. Realizar apropiacion conceptual de los lineamientos suministrados por la Secretaria de Salud.
5	Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos dé cada espacio de vida o componente trasversal.	Realizar visitas a las familias de acuerdo a eventos priorizados con cada una de ellas, de acuerdo a la periocidad especifica direcionadas por SDS. (total 9, 4 de septiembre y 5 de octubre)
5	Diligencias de manera completa, adecuada , ordenada y legible todos los formatos requeridos en las diferentes intervenciones de acuerdo a los anexos operativos del cada espacio de vida o componente trasversal.	Formatos diligenciados con calidad y orden de acuerdo especificaciones direcionadas desde el Espacio de Vivienda

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

Nancy Valbuena
Firma del Contratista

C.C. 1.033.684.608 **de** BOGOTA D.C

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	MILTON CARDOZO CRUZ
CARGO:	REFERENTE ESPACIO DE VIVIENDA
FIRMA	

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1033684608		VALBUENA ARIZA NANCY JOHANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 69D SUR 3B 51	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4724241	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2018-09	2018-09	96407920	8483882365	I	2018/10/03	2018/09/12	BANCO DE OCCIDENTE	0	$393,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
1	CC	1033684608	VALBUENA ARIZA NANCY JOHANA	230301	30	$1,200,000	$192,000	EPS016	30	$1,200,000	$150,000	CCF22	30	$1,120,000	$22,400	14-7	30	$1,200,000	$29,300	30	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$1,200,000	$192,000			$1,200,000	$150,000			$1,120,000	$22,400			$1,200,000	$29,300		$0	$0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$192,000	$0	$0	$192,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$192,000	$0	$0	$192,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$29,300	$0	$0	$29,300
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$29,300	$0	$0	$29,300
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$22,400	$0	$0	$22,400
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	1	$22,400	$0	$0	$22,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$150,000	$0	$0	$150,000
COOMEVA	EPS016	805,000,427	1	1	$150,000	$0	$0	$150,000
TOTAL				**1**	**$393,700**	**$0**	**$0**	**$393,700**

PAGADO

2018/11/20 08:03 AM

Constancia por Pérdida de
Documentos

Constancia por Pérdida de Documentos y/o Elementos

La Policía Nacional de Colombia Certifica que el día 20 mes 11 año 2018, a las 8:17 a. m. El(La) señor(a) NANCY JOHANA VALBUENA ARIZA identificado(a) con Cedula de ciudadanía No. 1033684608 , reportó el extravío del(los) documento(s) o elemento(s) relacionado(s) a continuación:

Tipo	Número	Descripción
Factura	8483882365	perdida de recibo de pago de salud y pensión

La presente constancia se puede verificar en http://webrp.policia.gov.co/Constancia/publico/Buscador_Constancia.aspx , mediante el número de consecutivo 103368460824434076.

La presente certificación no constituye documento de identificación y solamente constituye la certificación del reporte realizado por el usuario. La entidad encargada de expedir el duplicado del documento o elemento reportado como extraviado puede verificar el reporte en cualquier momento.

Imprimir constancia DESCARGAR AHORA

© 2008 - **POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA** - Todos los Derechos Reservados, Carrera 59No 26-21, CAN, Bogotá D.C.

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1033684608		VALBUENA ARIZA NANCY JOHANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 69D SUR 3B 51	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4724241	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-09	2018-09	387361749	8486075050	N	2018/10/03	2018/11/20	BANCO CAJA SOCIAL	48	$104,500

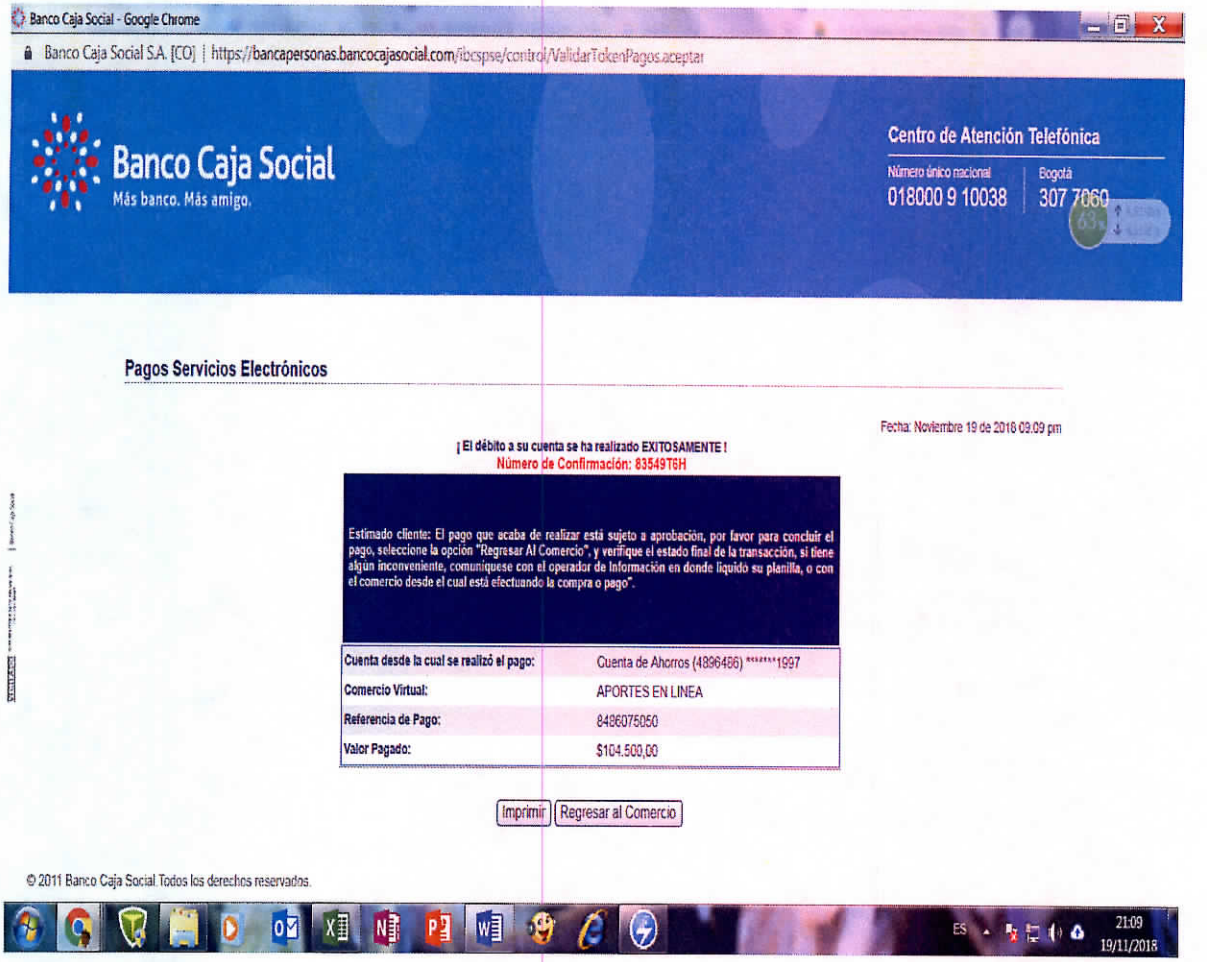
LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
1	CC	1033684608	VALBUENA ARIZA NANCY JOHANA	230301	30	($1,200,000)	($192,000)	EPS016	30	($1,200,000)	($150,000)	CCF22	30	($1,120,000)	($22,400)	14-7	30	($1,200,000)	($29,300)	30	$0	$0
2	CC	1033684608	VALBUENA ARIZA NANCY JOHANA	230301	30	$1,500,130	$240,100	EPS016	30	$1,500,130	$187,600	CCF22	30	$1,500,130	$30,100	14-7	30	$1,500,130	$36,600	30	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$300,130	$48,100			$300,130	$37,600			$380,130	$7,700			$300,130	$7,300		$0	$0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$48,100	$1,800	$0	$49,900
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$48,100	$1,800	$0	$49,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$7,300	$300	$0	$7,600
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$7,300	$300	$0	$7,600
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$7,700	$300	$0	$8,000
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	1	$7,700	$300	$0	$8,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$37,600	$1,400	$0	$39,000
COOMEVA	EPS016	805,000,427	1	1	$37,600	$1,400	$0	$39,000
TOTAL				**1**	**$100,700**	**$3,800**	**$0**	**$104,500**

2018/11/20 08:45 AM


Banco Caja Social - Google Chrome
Banco Caja Social S.A. [CO] | https://bancapersonas.bancocajasocial.com/ibcspse/control/ValidarTokenPagos.aceptar
Banco Caja Social
Más banco. Más amigo.
Centro de Atención Telefónica
Número único nacional
018000 9 10038
Bogotá
307 7060
Pagos Servicios Electrónicos
Fecha: Noviembre 19 de 2018 09:09 pm
¡ El débito a su cuenta se ha realizado EXITOSAMENTE !
Número de Confirmación: 83549T6H
Estimado cliente: El pago que acaba de realizar está sujeto a aprobación, por favor para concluir el pago, seleccione la opción "Regresar Al Comercio", y verifique el estado final de la transacción, si tiene algún inconveniente, comuníquese con el operador de información en donde liquidó su planilla, o con el comercio desde el cual está efectuando la compra o pago".
Cuenta desde la cual se realizó el pago:
Cuenta de Ahorros (4896486) ******1997
Comercio Virtual:
APORTES EN LINEA
Referencia de Pago:
8496075050
Valor Pagado:
$104.500,00
Imprimir
Regresar al Comercio
© 2011 Banco Caja Social Todos los derechos reservados.
ES
21:09
19/11/2018

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1033684608		VALBUENA ARIZA NANCY JOHANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 69D SUR 3B 51	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4724241	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-10	2018-10	387350323	8486075081	I	2018/11/06	2018/11/20	BANCO CAJA SOCIAL	14	$555,900

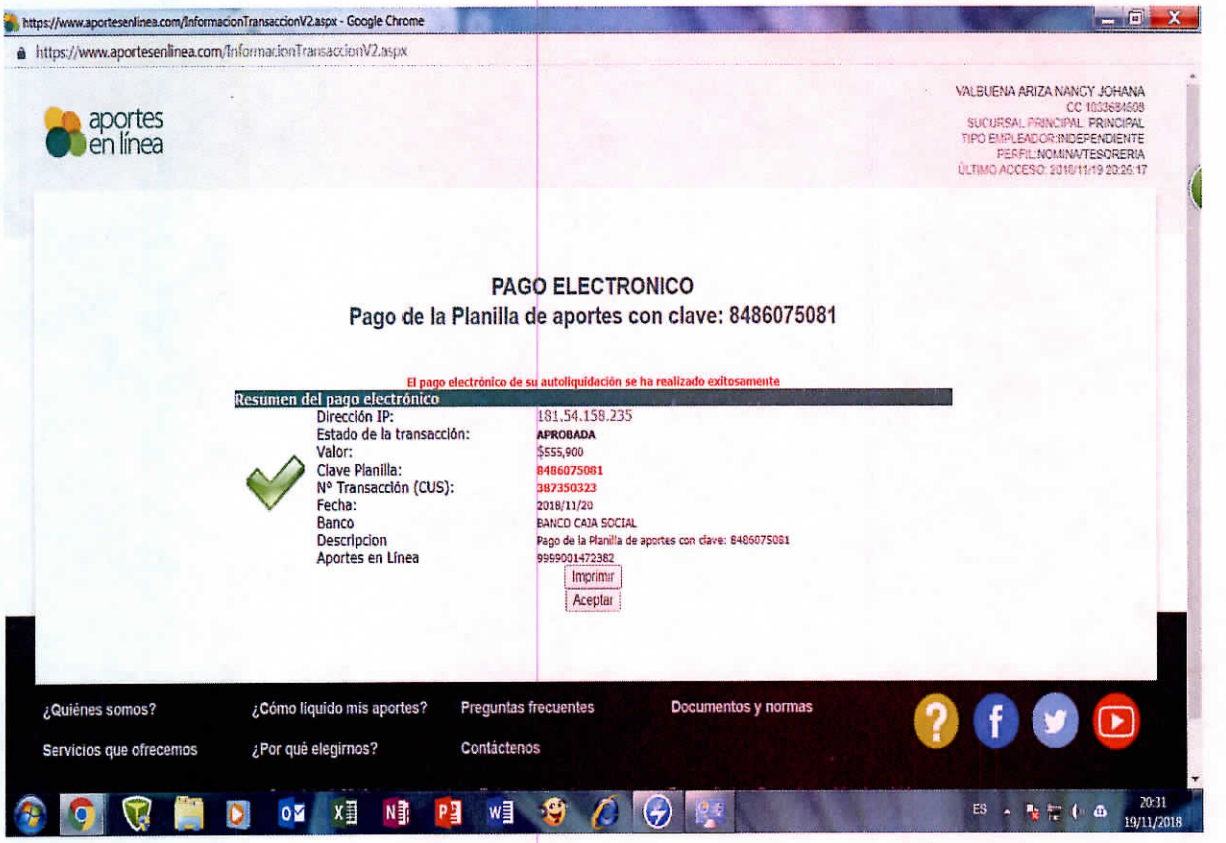
LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
1	CC	1033684608	VALBUENA ARIZA NANCY JOHANA	230301	30	$1,669,565	$267,200	EPS016	30	$1,669,565	$208,700	CCF22	30	$1,669,565	$33,400	14-7	30	$1,669,565	$40,700	30	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$1,669,565	$267,200			$1,669,565	$208,700			$1,669,565	$33,400			$1,669,565	$40,700		$0	$0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$267,200	$2,800	$0	$270,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$267,200	$2,800	$0	$270,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$40,700	$500	$0	$41,200
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$40,700	$500	$0	$41,200
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$33,400	$400	$0	$33,800
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	1	$33,400	$400	$0	$33,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,700	$2,200	$0	$210,900
COOMEVA	EPS016	805,000,427	1	1	$208,700	$2,200	$0	$210,900
TOTAL				**1**	**$550,000**	**$5,900**	**$0**	**$555,900**

PAGADO


https://www.aportesenlinea.com/InformacionTransaccionV2.aspx - Google Chrome
https://www.aportesenlinea.com/InformacionTransaccionV2.aspx
aportes en línea
VALBUENA ARIZA NANCY JOHANA
CC 1033694508
SUCURSAL PRINCIPAL PRINCIPAL
TIPO EMPLEADOR:INDEPENDIENTE
PERFIL:NOMINA/TESORERIA
ÚLTIMO ACCESO: 2018/11/19 20:26:17
PAGO ELECTRONICO
Pago de la Planilla de aportes con clave: 8486075081
El pago electrónico de su autoliquidación se ha realizado exitosamente
Resumen del pago electrónico
Dirección IP: 181.54.158.235
Estado de la transacción: APROBADA
Valor: $555,900
Clave Planilla: 8486075081
Nº Transacción (CUS): 387350323
Fecha: 2018/11/20
Banco BANCO CAJA SOCIAL
Descripcion Pago de la Planilla de aportes con clave: 8486075081
Aportes en Línea 9959001472382
Imprimir
Aceptar
¿Quiénes somos?
¿Cómo liquido mis aportes?
Preguntas frecuentes
Documentos y normas
Servicios que ofrecemos
¿Por qué elegirnos?
Contáctenos
ES
20:31
19/11/2018

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: 01
FECHA: 2017-07-07

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS-4357-2018	**C.D.P. No.:**	2423	**Proceso al que pertenece:**	PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PSPIC
				Unidad a la que pertenece:	SALUD PUBLICA

Nombre del Contratista: NANCY JOHANA VALBUENA ARIZA **C.C.** 1.033.684.608 **de:** BOGOTA D.C

Fecha Inicio: 2018-04-07 **Fecha Terminación incial:** 2018-08-03 **Valor Mensual:** $ 3.000.000 **Valor a cobrar:** $ 3.000.000

ADICION / OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 2.800.000	2667	2018-08-04	2018-09-03
2	$ 12.020.000	2857	2018-09-04	2019-01-03
3	$ 4.304.348	3622		
4				
5				
6				
7				
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 SEGURIDA	NÚMERO DE PLANILLA
1	JULIO	$ 2.519.991	$ 346.500	8480887339
2	AGOSTO	$ 2.800.000	$ 346.500	8481932580
3	SEPTIEMBRE	$ 3.000.000	$ 371.300	8483882365
4	OCTUBRE	$ 3.000.000	$ 371.300	8486075081
5	EXTRAS SEPTIEMBRE	$ 782.609	$ 104.000	8483882365/8486075050
6	EXTRAS OCTUBRE	$ 1.173.913	$ 145.300	8486075081
7	NOVIEMBRE	$ 3.000.000	$ 371.300	8486075081
8				
9				
10				
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
$ 2.800.000	$ 21.533.043	$ 15.885.208	$ 5.647.835

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN ENFERMERIA 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 perio **Desde:** 2018-11-01 **Hasta:** 2018-11-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCION DEL DESARROLLO 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.	Desarrollar acciones en el espacio vivienda de acuerdo el lineamientos establecidos de la secretaria de salud y cumplir con los direccionamientos respectivos desde del supervisor del contrato
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 Distrita	Plan familiar formulado Selección y priorización de familias Caracterización social y ambiental a través de diálogo de saberes con la familia. Reconocer la cartografía base para el análisis de determinantes estructurales Analizar conjuntamente con la familia las condiciones halladas y establecer prioridades Plan Familiar implementado Concertación del Plan familiar Desarrollar acciones centradas en familia.
3	Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.	Diligenciamiento del cronograma mensualmente en el que se consignan las actividades programadas durante el mes siguiente acordes a las acciones establecidas en el lineamineto
4	Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dantro de los planes de mejoramiento de los diferentes estandares de habilitacion y acreditacion de servicios de salud.	Participar de actividades en la subred integrada de servicios para el mejoramiento continuo ebn los procesos.
5	Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente trasversal.	Realizar accion especifica a los usuarios según indacaciones y lineamiento especifico del espacio de vivienda
6	Diligencias de manera completa, adecuada , ordenada y legible todos los formatos requeridos en las diferentes intervenciones de acuerdo a los anexos operativos del cada espacio de vida o componente trasversal.	Entrega oportuna , completa y ordenada de formatos requeridos según acción integral.

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

Nancy Valbuena.
Firma del Contratista

C.C. 1.033.684.608 **de** BOGOTA D.C

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	MILTON CARDOZO CRUZ
CARGO:	REFERENTE ESPACIO DE VIVIENDA
FIRMA	

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1033684608		VALBUENA ARIZA NANCY JOHANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 69D SUR 3B 51	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4724241	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-10	2018-10	387350323	8486075081	I	2018/11/06	2018/11/20	BANCO CAJA SOCIAL	14	$555,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

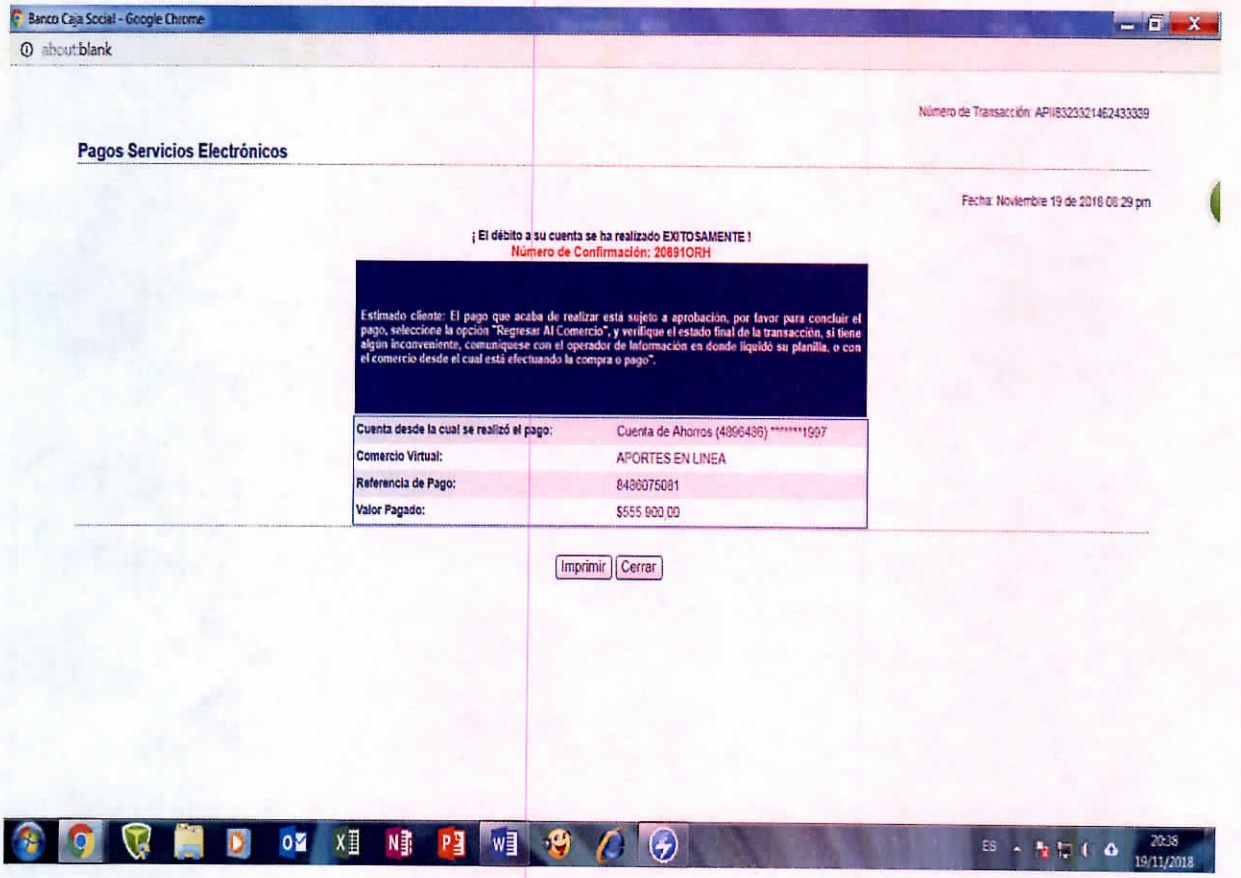
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
1	CC 1033684608	VALBUENA ARIZA NANCY JOHANA	230301	30	$1,669,565	$267,200	EPS016	30	$1,669,565	$208,700	CCF22	30	$1,669,565	$33,400	14-7	30	$1,669,565	$40,700	30	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,669,565	$267,200			$1,669,565	$208,700			$1,669,565	$33,400			$1,669,565	$40,700		$0	$0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$267,200	$2,800	$0	$270,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$267,200	$2,800	$0	$270,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$40,700	$500	$0	$41,200
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$40,700	$500	$0	$41,200
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$33,400	$400	$0	$33,800
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	1	$33,400	$400	$0	$33,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,700	$2,200	$0	$210,900
COOMEVA	EPS016	805,000,427	1	1	$208,700	$2,200	$0	$210,900
TOTAL				**1**	**$550,000**	**$5,900**	**$0**	**$555,900**

PAGADO

2018/11/20 08:03 AM


Banco Caja Social - Google Chrome
about:blank
Número de Transacción: APW8323321462433339
Pagos Servicios Electrónicos
Fecha: Noviembre 19 de 2018 08:29 pm
¡ El débito a su cuenta se ha realizado EXITOSAMENTE !
Número de Confirmación: 20891ORH
Estimado cliente: El pago que acaba de realizar está sujeto a aprobación, por favor para concluir el pago, seleccione la opción "Regresar Al Comercio", y verifique el estado final de la transacción, si tiene algún inconveniente, comuníquese con el operador de información en donde liquidó su planilla, o con el comercio desde el cual está efectuando la compra o pago".
Cuenta desde la cual se realizó el pago: Cuenta de Ahorros (4896486) ******1997
Comercio Virtual: APORTES EN LINEA
Referencia de Pago: 8486075081
Valor Pagado: $555.900,00
Imprimir
Cerrar
ES
20:38
19/11/2018

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: 01
FECHA: 2017-07-07

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS-4357-2018	**C.D.P. No.:**	2423	**Proceso al que pertenece:**	PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PSPIC
				Unidad a la que pertenece:	SALUD PUBLICA

Nombre del Contratista: NANCY JOHANA VALBUENA ARIZA **C.C.** 1.033.684.608 **de:** BOGOTA D.C

Fecha Inicio: 2018-04-07 **Fecha Terminación incial:** 2018-08-03 **Valor Mensual:** $ 3.000.000 **Valor a cobrar:** $ 1.173.913

ADICIÓN / OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 2.800.000	2667	2018-08-04	2018-09-03
2	$ 12.020.000	2857	2018-09-04	2019-01-03
3	$ 4.304.348	3622		
4				
5				
6				
7				
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 SEGURIDA	NÚMERO DE PLANILLA
1	JULIO	$ 2.519.991	$ 346.500	8480887339
2	AGOSTO	$ 2.800.000	$ 346.500	8481932580
3	SEPTIEMBRE	$ 3.000.000	$ 371.300	8483882365
4	OCTUBRE	$ 3.000.000	$ 371.300	8486075081
5	EXTRAS SEPTIEMBRE	$ 782.609	$ 104.000	8483882365/8486075050
6	EXTRAS OCTUBRE	$ 1.173.913	$ 145.300	8469528380/8486075081
7	NOVIEMBRE	$ 3.000.000	$ 371.300	8486075081
8	EXTRA NOVIEMBRE	$ 1.173.913	$ 526.000	8486930488
9				
10				
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
$ 2.800.000	$ 21.924.348	$ 17.950.426	$ 4.473.922

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN ENFERMERIA 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 perio **Desde:** 2018-11-01 **Hasta:** 2018-11-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCION DEL DESARROLLO 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.	Desarrollar acciones en el espacio vivienda de acuerdo el lineamientos establecidos de la secretaria de salud y cumplir con los direccionamientos establecidos desde del supervisor del contrato. (4 Caracterizaciones /implementaciones de3 familias en el mes de septiembre 2018 y 5 Caracterizaciones /implementaciones de
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 Distrita	**Plan familiar formulado** Selección y priorización de familias (5 cacracterizaciones abordando a la familia con niños menores de 5 años.) Caracterización social y ambiental a través de diálogo de saberes con la familia. Reconocer la cartografía base para el análisis de determinantes estructurales Analizar conjuntamente con la familia las condiciones halladas y establecer prioridades **Plan Familiar implementado** Concertación del Plan familiar (5 implementaciones) Desarrollar acciones centradas en familia. (5 implementaciones)
3	Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.	Diligenciamiento del cronograma mensualmente en el que se consignan las actividades programadas durante el mes siguiente acordes a las acciones establecidas en el lineamineto
4	Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dantro de los planes de mejoramiento de los diferentes estandares de habilitacion y acreditacion de servicios de salud.	Apoyar acciones direccionadas desde el espacio de vivienda para el mejoramiento continuo de calidad en los procesos. Realizar apropiacion conceptual de los lineamientos suministrados por la Secretaria de Salud.
5	Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente trasversal.	Realizar visitas a las familias de acuerdo a eventos priorizados con cada una de ellas, de acuerdo a la periocidad especifica direcionadas por SDS. (total 9, 4 de septiembre y 5 de octubre)
5	Diligencias de manera completa, adecuada , ordenada y legible todos los formatos requeridos en las diferentes intervenciones de acuerdo a los anexos operativos del cada espacio de vida o componente trasversal.	Formatos diligenciados con calidad y orden de acuerdo especificaciones direcionadas desde el Espacio de Vivienda

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

Nancy Valbuena
Firma del Contratista

C.C. 1.033.684.608 **de** BOGOTA D.C

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	MILTON CARDOZO CRUZ
CARGO:	REFERENTE ESPACIO DE VIVIENDA
FIRMA	

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1033684608		VALBUENA ARIZA NANCY JOHANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 69D SUR 3B 51	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4724241	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-11	2018-11	5804637	8486930488	I	2018/12/05	2018/12/14	BANCO DAVIVIENDA	9	$553,900

RESUMEN DE PAGO

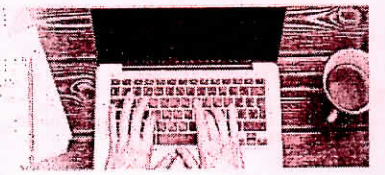
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$267,200	$1,800	$0	$269,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$267,200	$1,800	$0	$269,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$40,700	$300	$0	$41,000
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$40,700	$300	$0	$41,000
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$33,400	$300	$0	$33,700
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	1	$33,400	$300	$0	$33,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,800	$1,400	$0	$210,200
COOMEVA	EPS016	805,000,427	1	1	$208,800	$1,400	$0	$210,200
TOTAL				1	$550,100	$3,800	$0	$553,900

PAGADO

2018/12/14 11:20 AM

Confirmación Transacción PSE - CUS 395240500

Fácil, rápido y seguro



Hola, Nancy Johana Valbuena Ariza !

Gracias por utilizar los servicios de PSE, los siguiente son los datos de la transacción CUS 395240500:

Estado de la transacción: **Aprobada**
Empresa: BANCO COMERCIAL AV VILLAS
Descripción: CPV 5804637
Valor de la transacción: $ 553.900,00
Fecha de aprobación: 14/12/2018

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: 01
FECHA: 2017-07-07

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS-4357-2018	C.D.P. No.:	2423	Proceso al que pertenece:	PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PSPIC
				Unidad a la que pertenece:	SALUD PUBLICA

Nombre del Contratista: NANCY JOHANA VALBUENA ARIZA **C.C.** 1.033.684.608 **de:** BOGOTA D.C

Fecha Inicio: 2018-04-07 **Fecha Terminación incial:** 2018-08-03 **Valor Mensual:** $ 3.000.000 **Valor a cobrar:** $ 4.173.913

ADICION / OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 2.800.000	2667	2018-08-04	2018-09-03
2	$ 12.020.000	2857	2018-09-04	2019-01-03
3	$ 4.304.348	3622		
4				
5				
6				
7				
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	NÚMERO DE PLANILLA
1	JULIO	$ 2.519.991	$ 346.500	8480887339
2	AGOSTO	$ 2.800.000	$ 346.500	8481932580
3	SEPTIEMBRE	$ 3.000.000	$ 371.300	8483882365
4	OCTUBRE	$ 3.000.000	$ 371.300	8486075081
5	EXTRAS SEPTIEMBRE	$ 782.609	$ 104.000	8483882365/8486075050
6	EXTRAS OCTUBRE	$ 1.173.913	$ 145.300	8469528380 /8486075081
7	NOVIEMBRE	$ 3.000.000	$ 371.300	8486075081
8	EXTRA NOVIEMBRE	$ 1.173.913	$ 526.000	8486930488
9	EXTRA DICIEMBRE	$ 1.173.913	$ 526.000	8486930488
10	DICIEMBRE	$ 3.000.000	$ 526.000	8486930488
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
	$ 2.800.000	$ 21.533.043	$ 21.624.339	$ 300.009

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN ENFERMERIA 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 perio **Desde:** 2018-12-01 **Hasta:** 2018-12-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCION DEL DESARROLLO 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.	Desarrollar acciones en el espacio vivienda de acuerdo el lineamientos establecidos de la secretaria de salud y cumplir con los direccionamientos respectivos desde del supervisor del contrato
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 Distrita	**Plan familiar formulado** Selección y priorización de familias Caracterización social y ambiental a través de diálogo de saberes con la familia (5 cacracterizaciones abordando a la familia con niños menores de 5 años.) Reconocer la cartografía base para el análisis de determinantes estructurales Analizar conjuntamente con la familia las condiciones halladas y establecer prioridades **Plan Familiar implementado** (5 implementaciones) Concertación del Plan familiar Desarrollar acciones centradas en familia.
3	Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.	Diligenciamiento del cronograma mensualmente en el que se consignan las actividades programadas durante el mes siguiente acordes a las acciones establecidas en el lineamineto
4	Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dantro de los planes de mejoramiento de los diferentes estandares de habilitacion y acreditacion de servicios de salud.	Participar de actividades en la subred integrada de servicios para el mejoramiento continuo ebn los procesos.
5	Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente trasversal.	Realizar accion especifica a los usuarios según indacaciones y lineamiento especifico del espacio de vivienda
5	Diligencias de manera completa, adecuada , ordenada y legible todos los formatos requeridos en las diferentes intervenciones de acuerdo a los anexos operativos del cada espacio de vida o componente trasversal.	Entrega oportuna , completa y ordenada de formatos requeridos según acción integral.

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

Nancy Valbuena
Firma del Contratista

C.C. 1.033.684.608 **de** BOGOTA D.C

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	MILTON CARDOZO CRUZ
CARGO:	REFERENTE ESPACIO DE VIVIENDA
FIRMA	

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1033684608		VALBUENA ARIZA NANCY JOHANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 69D SUR 3B 51	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4724241	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-11	2018-11	5804637	8486930488	I	2018/12/05	2018/12/14	BANCO DAVIVIENDA	9	$553,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)								
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$267,200	$1,800	$0	$269,000
				1	$267,200	$1,800	$0	$269,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)								
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$40,700	$300	$0	$41,000
				1	$40,700	$300	$0	$41,000
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)								
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	1	$33,400	$300	$0	$33,700
				1	$33,400	$300	$0	$33,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)								
COOMEVA	EPS016	805,000,427	1	1	$208,800	$1,400	$0	$210,200
				1	$208,800	$1,400	$0	$210,200
TOTAL				1	$550,100	$3,800	$0	$553,900

PAGADO

2018/12/14 11:20 AM

Confirmación Transacción PSE - CUS 395240500

Fácil, rápido y seguro

Hola, Nancy Johana Valbuena Ariza !

Gracias por utilizar los servicios de PSE, los siguiente son los datos de la transacción CUS 395240500:

Estado de la transacción: Aprobada
Empresa: BANCO COMERCIAL AV VILLAS
Descripción: CPV 5804637
Valor de la transacción: $ 553.900,00
Fecha de aprobación: 14/12/2018

15

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: 01
FECHA: 2017-07-07

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS-4357-2018	C.D.P. No.:	2423
Proceso al que pertenece:	PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PSPIC		
Unidad a la que pertenece:	SALUD PUBLICA		
Nombre del Contratista:	NANCY JOHANA VALBUENA ARIZA	C.C.	1.033.684.608 de: BOGOTA D.C
Fecha Inicio:	2018-04-07	Fecha Terminación incial:	2018-08-03
Valor Mensual:	$ 3.000.000	Valor a cobrar:	$ 3.000.000

ADICION / OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 2.800.000	2667	2018-08-04	2018-09-03
2	$ 12.020.000	2857	2018-09-04	2019-01-03
3	$ 4.304.348	3622		
4			2019-01-04	2019-03-03
5	$ 6.000.000	8		
6				
7				
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	NÚMERO DE PLANILLA
1	JULIO	$ 2.519.991	$ 346.500	8480887339
2	AGOSTO	$ 2.800.000	$ 346.500	8481932580
3	SEPTIEMBRE	$ 3.000.000	$ 371.300	8483882365
4	OCTUBRE	$ 3.000.000	$ 371.300	8486075081
5	EXTRAS SEPTIEMBRE	$ 782.609	$ 104.000	8483882365/8486075050
6	EXTRAS OCTUBRE	$ 1.173.913	$ 145.300	8469528380 /8486075081
7	NOVIEMBRE	$ 3.000.000	$ 371.300	8483882365
8	EXTRA NOVIEMBRE	$ 1.173.913	$ 526.000	8486930488
9	EXTRA DICIEMBRE	$ 1.173.913	$ 526.000	8486930488
10	DICIEMBRE	$ 3.000.000	$ 526.000	8486930488
11	ENERO	$ 3.000.000	$ 526.000	8487792461
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
	$ 2.800.000	$ 27.533.043	$ 24.232.773	$ 3.300.270

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN ENFERMERIA 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 perio **Desde:** 2019-01-01 **Hasta:** 2019-01-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCION DEL DESARROLLO 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.	Desarrollar acciones en el espacio vivienda de acuerdo el lineamientos establecidos de la secretaria de salud y cumplir con los direccionamientos respectivos desde del supervisor del contrato
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 Distrita	**Plan familiar formulado** Selección y priorización de familias Caracterización social y ambiental a través de diálogo de saberes con la familia (5 cacracterizaciones abordando a la familia con niños menores de 5 años.) Reconocer la cartografía base para el análisis de determinantes estructurales Analizar conjuntamente con la familia las condiciones halladas y establecer prioridades **Plan Familiar implementado** (5 implementaciones) Concertación del Plan familiar Desarrollar acciones centradas en familia.
3	Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.	Diligenciamiento del cronograma mensualmente en el que se consignan las actividades programadas durante el mes siguiente acordes a las acciones establecidas en el lineamineto
4	Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dantro de los planes de mejoramiento de los diferentes estandares de habilitacion y acreditacion de servicios de salud.	Participar de actividades en la subred integrada de servicios para el mejoramiento continuo ebn los procesos.
5	Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente trasversal.	Realizar accion especifica a los usuarios según indacaciones y lineamiento especifico del espacio de vivienda
5	Diligencias de manera completa, adecuada , ordenada y legible todos los formatos requeridos en las diferentes intervenciones de acuerdo a los anexos operativos del cada espacio de vida o componente trasversal.	Entrega oportuna , completa y ordenada de formatos requeridos según acción integral.

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

Nancy Valbuena
Firma del Contratista

C.C. 1.033.684.608 **de** BOGOTA D.C

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	MILTON CARBOZO CRUZ
CARGO:	REFERENTE ESPACIO DE VIVIENDA
FIRMA	

aportes en línea

Resumen de Pago por Administradora

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1033684608		VALBUENA ARIZA NANCY JOHANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 69D SUR 3B 51	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4724241	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-12	2018-12	403908374	8487792461	I	2019/01/04	2019/01/14	BANCO DAVIVIENDA	10	$554,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$267,200	$2,000	$0	$269,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$267,200	$2,000	$0	$269,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$40,700	$300	$0	$41,000
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$40,700	$300	$0	$41,000
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$33,400	$300	$0	$33,700
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	1	$33,400	$300	$0	$33,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,700	$1,600	$0	$210,300
COOMEVA	EPS016	805,000,427	1	1	$208,700	$1,600	$0	$210,300
TOTAL				1	$550,000	$4,200	$0	$554,200

PAGADO

2019/01/15 09:27 PM

DAVIVIENDA

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS
403908374

Destino de pago
APORTES EN LINEA

Motivo
Pago de la Planilla de aportes con clave: 8487792461

Fecha
14/01/2019

Número de aprobación
00908374

Dirección IP
181.54.158.235

Valor transacción
$ 554.200,00

Referencia 1	Referencia 2	Referencia 3
181.54.158.235	CC	1033684608

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

DAVIVIENDA