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-LA-FI-014
VERSIÓN: 01
FECHA: 2017-07-07

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: 4370-2018 **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: ANDREA MARYURI PEREZ FUENTES **C.C.** 1.023.917.313 **de:** BOGOTA

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

ADICION/ OTRO SI	VALOR ADICION	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	NUMERO DE PLANILLA
1	JULIO	$ 2.519.991	$ 346.500	1013611875
2	AGOSTO	$ 2.800.000	$ 346.500	1014255721
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 DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2018-01-01 **Hasta:** 2018-08-30

	OBLIGACIONES ESPECIFICAS (Las extraidas de la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	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
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 a los anexos y lineamientos contenidos en el Contrato suscrito con el Fondo Financiero Distrital.	Gestion Operativa y administrativa del riesgo (Planeacion, implentacion, monitoreo y evaluacion)
3	3. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.	Diligenciamiento del cronograma mensualmente en el que se consignan las actividades programadas durante el mes siguiente acordes a las acciones establecidas en el lineamiento
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

Andrea M. Perez F.
Firma del Contratista

C.C. 1.023.917.313 **de** BOGOTA

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

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2018-08-16, 08:12:33 PM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1014255721 **Referencia pago(PIN)** 8875284440

Periodo Cotización 201808 **Periodo Servicio** 201808

Cliente:

PAGADA 2018-08-08

. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ANDREA MARYURI PEREZ FUENTES				
Documento	CC 1023917313	**Dirección**	CLL. 35 B SUR NO. 1 A - 41		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3214895558		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal	PEREZ FUENTES ANDREA MARYURI	**Identificación**	CC 1023917313		

. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1023917313		Residente		Exonerado	N	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	59	00					PEREZ FUENTES ANDREA MARYURI	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

I. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																					Extranjero	S. Integral	Salario	Pensión							Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
IRET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF					Código AFP	Código Trac. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Trac. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
														0	30	30	30	0			$ 1.120.000	25-14		16 %	$ 1.120.000	$ 179.200	$ 0	$ 0	EPS044		12.5 %	$ 1.120.000	$ 140.000	$ 0	14-7	3	2,436 %	$ 1.120.000	$ 27.300	MIN-CC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

V.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
COLPENSIONES	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MEDIMAS EPS	SEGUROS BOLIVAR	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 179.200	$ 0	$ 0	$ 140.000	$ 27.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 345.500

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 655 30 03 - Pereira: 313 93 00 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 -
¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

COLSUBSIDIO
20 DE JULIO

D O C U M E N T O S O P O R T E

NOMBRE : PLANILLA SIMPLE RECAUDO
NIT : 900.097.333-9
CODIGO : 20596
REFERENCIA : 8875284440
PLANILLA : 1014255721
PERIODO : 2018/08
REFERENCIA 2: 8875284440

Código	Descripción	Cant	Valor
693927	RECAUDO PLA	1	348000
			348000

DOCUMENTO

1808080005086484
CONSECUTIVO: 001

AGO 08, 18 08:20

08/Ago/2018 08:20 1289 05 0032 1012407
(COPIA CLIENTE)

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: 4370-2018 **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: ANDREA MARYURI PEREZ FUENTES **C.C.** 1.023.917.313 **de:** BOGOTA

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	1013617875
2	AGOSTO	$ 2.800.000	$ 346.500	1014255721
3	SEPTIEMBRE	$ 3.000.000	$ 371.000	1015608789
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 DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

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. 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
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 a los anexos y lineamientos contenidos en el Contrato suscrito con el Fondo Financiero Distrital.	Gestion Operativa del riesgo (Planeacion, implentacion, monitoreo y evaluacion) * Recorrido en campo con gestor asignado. + Realizar cronogramas para la ejecucion de estos en campo por parte de los gestores asignados. * Atencion a las alertas altas altas detectadas en campo * Educacion en estilos de vida saludable * Seguimiento a usuarios con alertas altas detectadas
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 lineamineto
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.	Realizar seguimiento a los gestores del riesgo asignados en programas de PYD. Verificar calidad de los soportes entregados por cada uno de los gestores asignados
5	Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal.	Realizar seguimiento a los gestores del riesgo asignados en programas de PYD.
6	Diligenciar de manera completa, adecuada, ordenada y legible todos los formatos requeridos en las diferentes intervenciones de acuerdo a los	Entregar con calidad los formatos requeridos dentro del componente.
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

Andrea Perez F.
Firma del Contratista

C.C. 1.023.917.313 **de** BOGOTA

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

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2018-09-20, 05:34:50 AM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1015608789 **Referencia pago(PIN)** 8893902760

Periodo Cotización 201809 **Periodo Servicio** 201809

Cliente:

PAGADA 2018-09-14

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ANDREA MARYURI PEREZ FUENTES				
Documento	CC 1023917313	**Dirección**	CLL. 35 B SUR NO. 1 A - 41		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3214895558		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal	PEREZ FUENTES ANDREA MARYURI	**Identificación**	CC 1023917313		

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1023917313		**Residente**		**Exonerado**	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	59	00					PEREZ FUENTES ANDREA MARYURI	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																						Extranjero	S. Integral	Salario	Pensión						Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Trac. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Trac. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
						X									0	30	30	30	0			$ 1.200.000	25-14		16 %	$ 1.200.000	$ 192.000	$ 0	$ 0	EPS044		12,5 %	$ 1.200.000	$ 150.000	$ 0	14-7	3	2,436 %	$ 1.200.000	$ 29.300	NN-CC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
COLPENSIONES	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MEDIMAS EPS	SEGUROS BOLIVAR	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 192.000	$ 0	$ 0	$ 150.000	$ 29.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 371.300

Lineas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 655 30 03 - Pereira: 313 93 00 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 -
¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

4370

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: 4370-2018 **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: ANDREA MARYURI PEREZ FUENTES **C.C.** 1.023.917.313 **de:** BOGOTA

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	1013611875
2	AGOSTO	$ 2.800.000	$ 346.500	1014255721
3	SEPTIEMBRE	$ 3.000.000	$ 371.000	1015608789
4	OCTUBRE	$ 3.000.000	$ 371.000	1015608789
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	$ 6.300.009

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 periodo: **Desde:** 2018-10-01 **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	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
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 a los anexos y lineamientos contenidos en el Contrato suscrito con el Fondo Financiero Distrital.	Gestion Operativa del riesgo (Planeacion, implentacion, monitoreo y evaluacion) * Recorrido en campo con gestor asignado. + Realizar cronogramas para la ejecucion de estos en campo por parte de los gestores asignados. * Atencion a las alertas altas altas detectadas en campo * Educacion en estilos de vida saludable * Seguimiento a usuarios con alertas altas detectadas
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 lineamineto
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.	Realizar seguimiento a los gestores del riesgo asignados en programas de PYD. Verificar calidad de los soportes entregados por cada uno de los gestores asignados
5	Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal.	Realizar seguimiento a los gestores del riesgo asignados en programas de PYD.
6	Diligenciar de manera completa, adecuada, ordenada y legible todos los formatos requeridos en las diferentes intervenciones de acuerdo a los	Entregar con calidad los formatos requeridos dentro del componente.
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

andrea M Perez F.
Firma del Contratista

C.C. 1.023.917.313 **de** BOGOTA

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

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2018-10-18, 05:22:50 AM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1015608789 **Referencia pago(PIN)** 8893902760

Periodo Cotización 201809 **Periodo Servicio** 201809

Cliente:

PAGADA 2018-09-14

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ANDREA MARYURI PEREZ FUENTES				
Documento	CC 1023917313	**Dirección**	CLL. 35 B SUR NO. 1 A - 41		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3214895558		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1023917313		Residente		Exonerado	N	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	59	00					PEREZ FUENTES ANDREA MARYURI	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																		Extranjero	S. Integral	Salario	Pensión						Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF			Código AFP	Código Trasl. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Trasl. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
						X									0	30	30	30	0			23-14		16 %	$ 1.200.000	$ 192.000	$ 0	$ 0	EPS044		12,5 %	$ 1.200.000	$ 150.000	$ 0	14-7	3	2,436 %	$ 1.200.000	$ 29.300	NINGUNA CCF	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
COLPENSIONES	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MEDIMAS EPS	SEGUROS BOLIVAR	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 192.000	$ 0	$ 0	$ 150.000	$ 29.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 371.300

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 655 30 03 - Pereira: 313 93 00 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 -
¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

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: 4370-2018 **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: ANDREA MARYURI PEREZ FUENTES **C.C.** 1.023.917.313 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2018-07-04 **Fecha Terminación incial:** 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	2687	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	1013811875
2	AGOSTO	$ 2.800.000	$ 346.500	1014255721
3	SEPTIEMBRE	$ 3.000.000	$ 371.000	1015608789
4	OCTUBRE	$ 3.000.000	$ 371.000	1015608789
5	NOVIEMBRE	$ 3.000.000	$ 371.000	1016313390
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	$ 14.319.991	$ 3.300.009

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 periodo: **Desde:** 2018-11-01 **Hasta:** 2018-11-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	1. 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 estableciddos 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 a los anexos y lineamientos contenidos en el Contrato suscrito con el Fondo Financiero Distrital.	Gestion Operativa del riesgo (Planeacion, implentacion, monitoreo y evaluacion) * Recorrido en campo con gestor asignado. + Realizar cronogramas para la ejecucion de estos en campo por parte de los gestores asignados. * Atencion a las alertas altas altas detectadas en campo * Educacion en estilos de vida saludable
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 lineamineto
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.	Realizar seguimiento a los gestores del riesgo asignados en programas de PYD. Verificar calidad de los soportes entregados por cada uno de los gestores asignados
5	Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal.	Realizar seguimiento a los gestores del riesgo asignados en programas de PYD.
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 espacios de vida o componente transversal.	Entregar con calidad los formatos requeridos dentro del componente.
7		
8		

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

Andrea M. Perez F.
Firma del Contratista

C.C 1.023.917.313 **de** BOGOTA

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

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2018-11-20, 06:01:36 AM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1016313390 **Referencia pago(PIN)** 8895012920

Periodo Cotización 201810 **Periodo Servicio** 201810

Cliente:

PAGADA 2018-10-22

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ANDREA MARYURI PEREZ FUENTES				
Documento	CC 1023917313				
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Dirección**	CLL. 35 B SUR NO. 1 A - 41		
Tipo Persona	NATURAL	**Teléfono**	3214895558		
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Representante Legal		**Departamento**	BOGOTA D.C.		
		Identificación			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1023917313		**Residente**		**Exonerado**	N	**Apellidos y Nombres**		**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	59	00					PEREZ FUENTES ANDREA MARYURI		11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																		Extranjero	S. Integral	Salario	Pensión							Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
C															0	30	30	30	12			$ 1.200.000	25-14		16 %	$ 1.200.000	$ 192.000	$ 0	$ 0	EPS044		12,5 %	$ 1.200.000	$ 150.000	$ 0	14-7	3	2,436 %	$ 1.200.000	$ 29.200	CCF24	2 %	$ 480.000	$ 9.600	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
COLPENSIONES	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MEDIMAS EPS	SEGUROS BOLIVAR	COMPENSAR CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 192.000	$ 0	$ 0	$ 150.000	$ 29.300	$ 9.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 380.900

¡El Poder de lo SIMPLE!

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: 4370-2018 **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: ANDREA MARYURI PEREZ FUENTES **C.C.** 1.023.917.313 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2018-07-04 **Fecha Terminación incial:** 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	2687	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	1013611875
2	AGOSTO	$ 2.800.000	$ 346.500	1014255721
3	SEPTIEMBRE	$ 3.000.000	$ 371.000	1015608789
4	OCTUBRE	$ 3.000.000	$ 371.000	1015608789
5	NOVIEMBRE	$ 3.000.000	$ 371.000	1016313390
6	DICIEMBRE	$ 3.000.000	$ 371.000	1016545726
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	$ 17.319.991	$ 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 periodo: **Desde:** 2018-12-01 **Hasta:** 2018-12-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	1. 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 estableciddos 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 a los anexos y lineamientos contenidos en el Contrato suscrito con el Fondo Financiero Distrital.	Gestion Operativa del riesgo (Planeacion, implentacion, monitoreo y evaluacion) * Recorrido en campo con gestor asignado. + Realizar cronogramas para la ejecucion de estos en campo por parte de los gestores asignados. * Atencion a las alertas altas altas detectadas en campo * Educacion en estilos de vida saludable
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 lineamineto
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.	Realizar seguimiento a los gestores del riesgo asignados en programas de PYD. Verificar calidad de los soportes entregados por cada uno de los gestores asignados
5	Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal.	Realizar seguimiento a los gestores del riesgo asignados en programas de PYD.
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 espacios de vida o componente transversal.	Entregar con calidad los formatos requeridos dentro del componente.
7		
8		

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

Andrea M. Perez F.
Firma del Contratista

C C 1.023.917.313 **de** BOGOTA

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

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2018-12-13, 05:41:18 AM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1016545726 **Referencia pago(PIN)** 8895012920

Periodo Cotización 201812 **Periodo Servicio** 201812

Cliente:

PAGADA 2018-12-05

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ANDREA MARYURI PEREZ FUENTES				
Documento	CC 1023917313	**Dirección**	CLL. 35 B SUR NO. 1 A - 41		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3214895558		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1023917313		Residente		Exonerado	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	59	00					PEREZ FUENTES ANDREA MARYURI	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																								Extranjero	S. Integral	Salario	Pensión						Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF								Código AFP	Código Trasl. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Trasl. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	30	30							$ 1,200,000	25-14		16 %	$ 1,200,000	$ 192,000	$ 0	$ 0	EPS044		12,5 %	$ 1,200,000	$ 150,000	$ 0	14-7	3	2,436 %	$ 1,200,000	$ 29,300	CCF24	2 %	$ 1,200,000	$ 24,000	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
COLPENSIONES	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MEDIMAS EPS	SEGUROS BOLIVAR	COMPENSAR CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 192.000	$ 0	$ 0	$ 150.000	$ 29.300	$ 24.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 395.300

¡El Poder de lo SIMPLE!

Simple

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2018-12-19, 05:27:05 AM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1016324026 **Referencia pago(PIN)** 8895012920

Periodo Cotización 201811 **Periodo Servicio** 201811

Cliente:

PAGADA 2018-11-02

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ANDREA MARYURI PEREZ FUENTES				
Documento	CC 1023917313				
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Dirección**	CLL. 35 B SUR NO. 1 A - 41		
Tipo Persona	NATURAL	**Teléfono**	3214895558		
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Representante Legal		**Departamento**	BOGOTA D.C.		
		Identificación			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1023917313		**Residente**		**Exonerado**	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	59	00					PEREZ FUENTES ANDREA MARYURI	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																				Extranjero	S. Integral	Salario	Pensión							Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	30	30			$ 1.200.000	25-14		16 %	$ 1.200.000	$ 192.000	$ 0	$ 0	EPS044		12,5 %	$ 1.200.000	$ 150.000	$ 0	14-7	3	2,436 %	$ 1.200.000	$ 29.200	CCF24	2 %	$ 1.200.000	$ 24.000	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
COLPENSIONES	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MEDIMAS EPS	SEGUROS BOLIVAR	COMPENSAR CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 192.000	$ 0	$ 0	$ 150.000	$ 29.300	$ 24.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 395.300

¡El Poder de lo SIMPLE!