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 4392 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:** ANGIE PAOLA BARRERA LOPEZ **C.C.** 1.023.884.005 **de:** BOGOTÀ D.C.

**Fecha Inicio:** 2018-07-06 **Fecha Terminación incial:** 2018-08-05 **Valor Mensual:** $ 2.800.000 **Valor a cobrar:** $ 2.333.325

| 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 | $ 2.333.325 | $ 291.700 | 13291816 |
| 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 | $ 2.333.325 | $ 466.675 |

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

**OBJETO DEL CONTRATO**

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN PSICOLOGIA 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:** 2018-07-06 **Hasta:** 2018-07-30

| | OBLIGACIONES ESPECIFICAS (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. | Plan familiar formulado<br>Selección y priorización de familias<br>Caracterización social y ambiental a través de diálogo de saberes con la familia.<br>Reconocer la cartografía base para el análisis de determinantes estructurales<br>Analizar conjuntamente con la familia las condiciones halladas y establecer prioridades<br>Plan Familiar implementado |
| 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 lineamineto suministrados por Secretraria Distrital Salud |
| 4 | | Diligenciamiento del cronograma mensualmente en el que se consignan las actividades programadas durante el mes siguiente acordes a las acciones establecidas en el lineamineto |
| 5 | | |
| 6 | | |
| 7 | | |

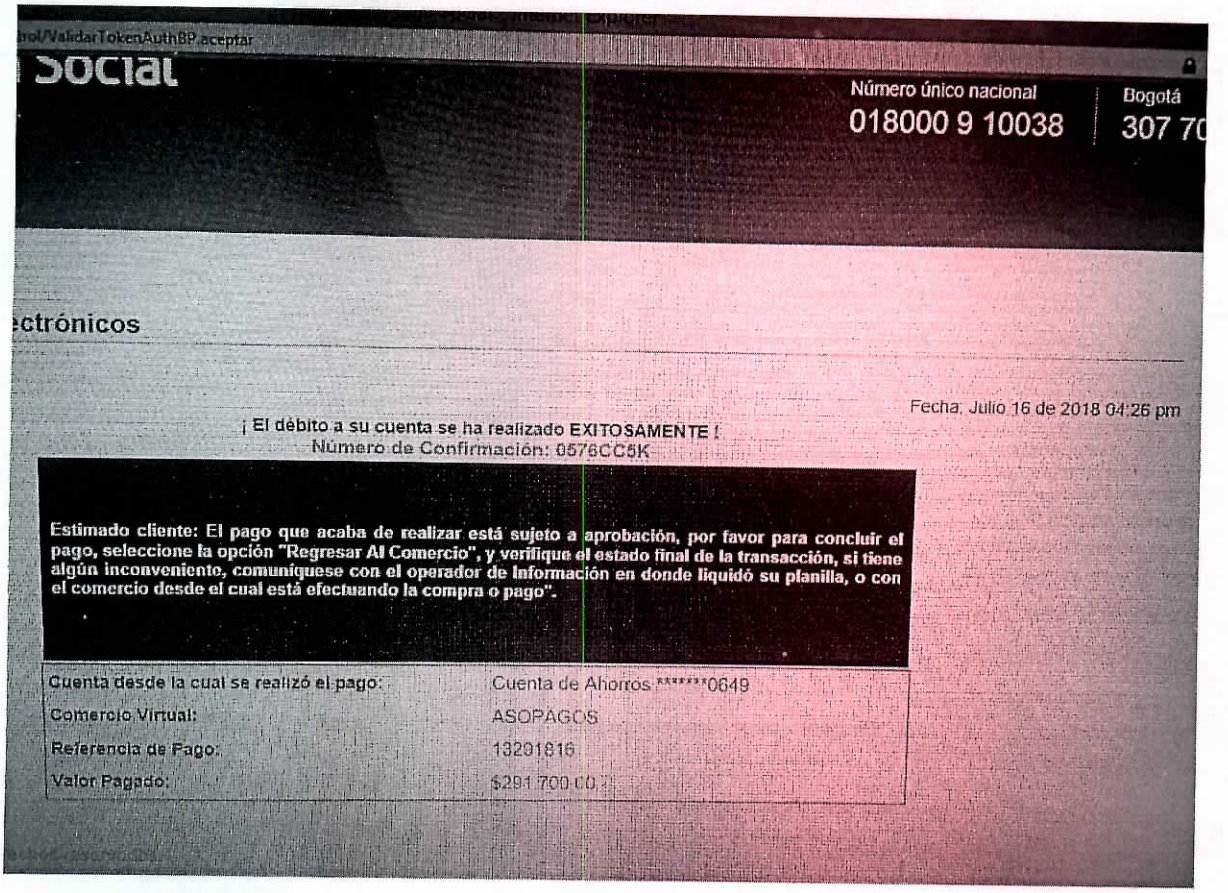
**Observaciones:**

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

**Firma del Contratista**

C.C. 1.023.884.005 de BOGOTÀ D.C.

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS | |
|---|---|
| NOMBRE: | MILTON CARDOZO CRUZ |
| CARGO: | LIDER ESPACIO VIVIENDA |
| FIRMA | |


Social
Número único nacional
018000 9 10038
Bogotá
307 70
ectrónicos
Fecha: Julio 16 de 2018 04:26 pm
¡ El débito a su cuenta se ha realizado EXITOSAMENTE !
Número de Confirmación: 0576CC5K
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 *******0649
Comercio Virtual:
ASOPAGOS
Referencia de Pago:
13291816
Valor Pagado:
$291.700,00

ASOPAGOS s.a.

**CONSULTA EMPLEADO**

**Razón Social: ANGIE PAOLA BARRERA LOPEZ**

**Identificación: CC-1023884005**

**Sucursal: 0**

**Período Pensión: 2018-07**

**Período Salud: 2018-07**

**Fecha Pago Planilla: 2018-07-16**

| | |
|---|---|
| Tipo Identificación | Cédula de Ciudadanía |
| Número Identificación | 1,023,884,005 |
| Nombre | ANGIE PAOLA BARRERA LOPEZ |
| EPS | SANITAS |
| AFP | PORVENIR |
| Caja de Compensación | SIN CCF |
| ARP | SEGUROS BOLIVAR |
| Número de planilla | 13291816 |
| Referencia de pago(PIN) | |
| Tipo de planilla | I |
| Período pensión | 2018-07 |
| Período salud | 2018-07 |
| Tipo de cotizante | |
| Subtipo de cotizante | No aplica |

| Novedades | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VTE | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
| | | | | | | | | X | | | | | | | 0 |

| Dias Cotizados | |
|---|---|
| PENSIÓN | 30 |
| SALUD | 30 |
| RIESGOS | 30 |
| CAJA DE COMPENSACION | 0 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Modalidad Salario | Salario | IBC Pensión | 933,330 |
| IBC Salud | 933,330 | IBC Riesgos | 933,330 |
| IBC Cajas | 0 | IBC SENA e ICBF | $0 |
| Salario | 781,242 | | |

| SISTEMA GENERAL DE PENSIONES | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tarifa | Cot. Obligatoria | Cot. Voluntaria | | Total Cotización | Fondo de Sol Pensional | Fondo de Subs Pensional | Valor no retenido aportes vol |
| | | Afiliado | Aportante | | | | |
| 16.0% | 149,400 | 0 | 0 | 149,400 | 0 | 0 | 0 |

| SISTEMA GENERAL DE SALUD | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Incapacidades E.G | | Licencias de Maternidad | |
| Tarifa | Cotización Obligatoria | UPC adicional | No. Autorización | Valor | No. Autorización | Valor |
| 0.1250000 | 116,700 | 0 | | 0 | | 0 |

| SISTEMA GENERAL DE RIESGOS PROFESIONALES | | |
|---|---|---|
| Centro de Trabajo | | |
| Cóodigo centro de trabajo | Tarifa | Cotización Obligatoria |
| 900959051 | 0.0243600 | 22,800 |

| APORTES PARAFISCALES |
|---|

| Tarifa SENA | Aporte SENA | Tarifa ESAP | Aporte ESAP | Tarifa ICBF | Aporte ICBF | Tarifa Caja | Aporte Caja | Tarifa MIN EDU | Aporte MIN EDU |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0.0000000 | 0 | 0.0000000 | 0 | 0.0000000 | 0 | 0.0000000 | 0 | 0.0000000 | 0 |

ASOPAGOS s.a.
PAGADO

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 4392 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:** ANGIE PAOLA BARRERA LOPEZ **C.C.** 1.023.884.005 **de:** BOGOTÀ D.C.

**Fecha Inicio:** 2018-07-06 **Fecha Terminación inicial:** 2018-08-05 **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 | 1807 | 2018-08-06 | 2018-09-05 |
| 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 | $ 2.333.325 | $ 291.700 | 13291816 |
| 2 | AGOSTO | $ 2.800.000 | $ 346.500 | 13396457 |
| 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 | $ 5.133.325 | $ 466.675 |

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

**OBJETO DEL CONTRATO**

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN PSICOLOGIA 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:** 2018-08-01 **Hasta:** 2018-08-30

| | 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. | Plan familiar formulado<br>Selección y priorización de familias<br>Caracterización social y ambiental a través de diálogo de saberes con la familia.<br>Reconocer la cartografía base para el análisis de determinantes estructurales<br>Analizar conjuntamente con la familia las condiciones halladas y establecer prioridades<br>Plan Familiar implementado |
| 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 lineamineto suministrados por Secretraria Distrital Salud |
| 4 | | Diligenciamiento del cronograma mensualmente en el que se consignan las actividades programadas durante el mes siguiente acordes a las acciones establecidas en el lineaminto |
| 5 | | |
| 6 | | |
| 7 | | |

**Observaciones:**

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

**Firma del Contratista**

**C.C.** 1.023.884.005 **de** BOGOTÀ D.C.

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

ASOPAGOS s.a.

**CONSULTA EMPLEADO**

**Razón Social: ANGIE PAOLA BARRERA LOPEZ**

**Identificación: CC-1023884005**

**Sucursal: 0**

**Período Pensión: 2018-08**

**Período Salud: 2018-08**

**Fecha Pago Planilla: 2018-08-13**

| | |
|---|---|
| Tipo Identificación | Cédula de Ciudadanía |
| Número Identificación | 1,023,884,005 |
| Nombre | ANGIE PAOLA BARRERA LOPEZ |
| EPS | SANITAS |
| AFP | PORVENIR |
| Caja de Compensación | SIN CCF |
| ARP | SEGUROS BOLIVAR |
| Número de planilla | 13396457 |
| Referencia de pago(PIN) | |
| Tipo de planilla | I |
| Período pensión | 2018-08 |
| Período salud | 2018-08 |
| Tipo de cotizante | |
| Subtipo de cotizante | No aplica |

| Novedades | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VTE | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
| | | | | | | | | X | | | | | | | 0 |

| Dias Cotizados | |
|---|---|
| PENSIÓN | 30 |
| SALUD | 30 |
| RIESGOS | 30 |
| CAJA DE COMPENSACION | 0 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Modalidad Salario | Salario | IBC Pensión | 1,120,000 |
| IBC Salud | 1,120,000 | IBC Riesgos | 1,120,000 |
| IBC Cajas | 0 | IBC SENA e ICBF | $0 |
| Salario | 781,242 | | |

| SISTEMA GENERAL DE PENSIONES | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tarifa | Cot. Obligatoria | Cot. Voluntaria | | Total Cotización | Fondo de Sol Pensional | Fondo de Subs Pensional | Valor no retenido aportes vol |
| | | Afiliado | Aportante | | | | |
| 16.0% | 179,200 | 0 | 0 | 179,200 | 0 | 0 | 0 |

| SISTEMA GENERAL DE SALUD | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Incapacidades E.G | | Licencias de Maternidad | |
| Tarifa | Cotización Obligatoria | UPC adicional | No. Autorización | Valor | No. Autorización | Valor |
| 0.1250000 | 140,000 | 0 | | 0 | | 0 |

| SISTEMA GENERAL DE RIESGOS PROFESIONALES | | |
|---|---|---|
| Centro de Trabajo | | |
| Cóodigo centro de trabajo | Tarifa | Cotización Obligatoria |
| 900959051 | 0.0243600 | 27,300 |

| APORTES PARAFISCALES |
|---|

| Tarifa SENA | Aporte SENA | Tarifa ESAP | Aporte ESAP | Tarifa ICBF | Aporte ICBF | Tarifa Caja | Aporte Caja | Tarifa MIN EDU | Aporte MIN EDU |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0.0000000 | 0 | 0.0000000 | 0 | 0.0000000 | 0 | 0.0000000 | 0 | 0.0000000 | 0 |

ASOPAGOS s.a.

PAGADO

**La transacción fué realizada con éxito**

| | |
|---|---|
| Nit de la Empresa: | 1023884005 |
| Nombre de la Empresa: | ANGIE PAOLA BARRERA LOPEZ |
| Nit del comercio: | 9998605023278 |
| Nombre del comercio: | Jaime Torres C & CIA |

| | |
|---|---|
| Valor del pago: | $349.600 |
| Fecha Transacción: | 2018-08-10 18:38 |
| Estado Transacción: | APROBADA |
| Banco: | BANCO CAJA SOCIAL |
| Nro. Transación - CUS: | 359971795 |
| Número Factura: | 13396457 |
| Descripción: | Pago de seguridad Social Integrado |
| Dirección IP: | 10.10.10.137 |

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 4392 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:** | ANGIE PAOLA BARRERA LOPEZ | | | **C.C.** | 1.023.884.005 **de:** BOGOTÁ D.C. |
| **Fecha Inicio:** | 2018-07-06 | **Fecha Terminación Inicial:** | 2018-08-05 | **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 | 2807 | 2018-08-06 | 2018-09-05 |
| 2 | $ 11.833.333 | 2857 | 2018-09-06 | 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 | $ 2.333.325 | $ 291.700 | 13291816 |
| 2 | AGOSTO | $ 2.800.000 | $ 346.500 | 13396457 |
| 3 | SEPTIEMBRE | $ 3.000.000 | $ 346.500 | 13523174 |
| 4 | | | $ 25.300 | 13549893 |
| 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 | $ 17.433.333 | $ 8.133.325 | $ 9.300.008 |

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

**OBJETO DEL CONTRATO**

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN PSICOLOGIA 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 corresponda al objeto y/o actividades contractuales y de acuerdo a los anexos y lineamientos contenidos en el Contrato suscrito con el Fondo Financiero Distrital. | Acciones familiares (Familas con plan formulado, implentado y monitoreado)<br>* Selección y priorización de familias definidas por la SDS.<br>* Preparación de la visita.<br>* Caracterización social y ambiental a través de diálogo de saberes con la familia.<br>* Analizar conjuntamente con la familia las condiciones halladas y establecer prioridades.<br>* Concertación del Plan familiar.<br>* Desarrollar acciones centradas en familia.<br>* Seguimiento al desarrollo de las acciones familiares y plan familiar.<br>* Evaluación del plan familiar .<br>* Reconocimiento Familiar. |
| 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 | 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 apropiacion conceptual de los lineamientos suministrados por Secretaria Distrital de Salud |
| 5 | 5. Realizar las visitas en campo, de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal. | Realizar tamizaje a usuarios que asisten a la estrategia gestion del riesgo según anexos operativos dados por los lineamientos de la SDS |
| 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 espacios de vida o componente transversal | Entrega oportuna, completa y ordenada de formatos requeridos según accion integrada |
| 7 | | |

**Observaciones:**

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

**Firma del Contratista**

**C.C.** 1.023.884.005 **de** BOGOTÁ D.C.

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

**CONSULTA EMPLEADO**

**Razón Social: ANGIE PAOLA BARRERA LOPEZ**

**Identificación: CC-1023884005**

**Sucursal: 0**

**Período Pensión: 2018-09**

**Período Salud: 2018-09**

**Fecha Pago Planilla: 2018-09-13**

| | |
|---|---|
| Tipo Identificación | Cédula de Ciudadanía |
| Número Identificación | 1,023,884,005 |
| Nombre | ANGIE PAOLA BARRERA LOPEZ |
| EPS | SANITAS |
| AFP | PORVENIR |
| Caja de Compensación | SIN CCF |
| ARP | SEGUROS BOLIVAR |
| Número de planilla | 13523174 |
| Referencia de pago(PIN) | |
| Tipo de planilla | I |
| Período pensión | 2018-09 |
| Período salud | 2018-09 |
| Tipo de cotizante | |
| Subtipo de cotizante | No aplica |

| Novedades | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VTE | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
| | | | | | | | | X | | | | | | | 0 |

| Dias Cotizados | |
|---|---|
| PENSIÓN | 30 |
| SALUD | 30 |
| RIESGOS | 30 |
| CAJA DE COMPENSACION | 0 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Modalidad Salario | Salario | IBC Pensión | 1,120,000 |
| IBC Salud | 1,120,000 | IBC Riesgos | 1,120,000 |
| IBC Cajas | 0 | IBC SENA e ICBF | $0 |
| Salario | 781,242 | | |

| SISTEMA GENERAL DE PENSIONES | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tarifa | Cot. Obligatoria | Cot. Voluntaria | | Total Cotización | Fondo de Sol Pensional | Fondo de Subs Pensional | Valor no retenido aportes vol |
| | | Afiliado | Aportante | | | | |
| 16.0% | 179,200 | 0 | 0 | 179,200 | 0 | 0 | 0 |

| SISTEMA GENERAL DE SALUD | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Incapacidades E.G | | Licencias de Maternidad | |
| Tarifa | Cotización Obligatoria | UPC adicional | No. Autorización | Valor | No. Autorización | Valor |
| 0.1250000 | 140,000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

| SISTEMA GENERAL DE RIESGOS PROFESIONALES | | |
|---|---|---|
| Centro de Trabajo | | |
| Cóodigo centro de trabajo | Tarifa | Cotización Obligatoria |
| 900959051 | 0.0243600 | 27,300 |

| APORTES PARAFISCALES |
|---|

| Tarifa SENA | Aporte SENA | Tarifa ESAP | Aporte ESAP | Tarifa ICBF | Aporte ICBF | Tarifa Caja | Aporte Caja | Tarifa MIN EDU | Aporte MIN EDU |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0.0000000 | 0 | 0.0000000 | 0 | 0.0000000 | 0 | 0.0000000 | 0 | 0.0000000 | 0 |

ASOPAGOS S.A
PAGADO

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

4392

**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 4392 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:** ANGIE PAOLA BARRERA LOPEZ **C.C.** 1.023.884.005 **de:** BOGOTÀ D.C.

**Fecha Inicio:** 2018-07-06 **Fecha Terminación Inicial:** 2018-08-05 **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 | 2807 | 2018-08-06 | 2018-09-05 |
| 2 | $ 11.833.333 | 2857 | 2018-09-06 | 2019-01-03 |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |
| 14 | | | | |
| 15 | | | | |
| 16 | | | | |
| 17 | | | | |
| 18 | | | | |
| 19 | | | | |
| 20 | | | | |
| 21 | | | | |
| 22 | | | | |

| N° CTA | MES DE CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR | VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL | NÚMERO DE PLANILLA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | JULIO | $ 2.333.325 | $ 291.700 | 13291816 |
| 2 | AGOSTO | $ 2.800.000 | $ 346.500 | 13396457 |
| 3 | SEPTIEMBRE | $ 3.000.000 | $ 346.500 | 13523174 |
| 4 | | | $ 25.300 | 13549893 |
| 5 | OCTUBRE | $ 3.000.000 | $ 346.500 | 13523174 |
| 6 | | | $ 25.300 | 13549893 |
| 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 | $ 17.433.333 | $ 11.133.325 | $ 6.300.008 |

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

**OBJETO DEL CONTRATO**

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN PSICOLOGIA 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. | Acciones familiares (Familas con plan formulado, implentado y monitoreado)<br>* Selección y priorización de familias definidas por la SDS.<br>* Preparación de la visita.<br>* Caracterización social y ambiental a través de diálogo de saberes con la familia.<br>* Analizar conjuntamente con la familia las condiciones halladas y establecer prioridades.<br>* Concertación del Plan familiar.<br>* Desarrollar acciones centradas en familia.<br>* Seguimiento al desarrollo de las acciones familiares y plan familiar.<br>* Evaluación del plan familiar .<br>* Reconocimiento Familiar. |
| 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 | 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 apropiacion conceptual de los lineamientos suministrados por Secretaria Distrital de Salud |
| 5 | 5. Realizar las visitas en campo, de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal. | Realizar tamizaje a usuarios que asisten a la estrategia gestion del riesgo según anexos operativos dados por los lineamientos de la SDS |
| 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 espacios de vida o componente transversal | Entrega oportuna, completa y ordenada de formatos requeridos según accion integrada |
| 7 | | |

**Observaciones:**

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

**Firma del Contratista**

**C.C.** 1.023.884.005 **de** BOGOTÀ D.C.

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

ASOPAGOS s.a.

**CONSULTA EMPLEADO**

**Razón Social: ANGIE PAOLA BARRERA LOPEZ**

**Identificación: CC-1023884005**

**Sucursal: 0**

**Período Pensión: 2018-09**

**Período Salud: 2018-09**

**Fecha Pago Planilla: 2018-09-19**

| | |
|---|---|
| Tipo Identificación | Cédula de Ciudadanía |
| Número Identificación | 1,023,884,005 |
| Nombre | ANGIE PAOLA BARRERA LOPEZ |
| EPS | SANITAS |
| AFP | PORVENIR |
| Caja de Compensación | SIN CCF |
| ARP | SEGUROS BOLIVAR |
| Número de planilla | 13549893 |
| Referencia de pago(PIN) | |
| Tipo de planilla | N |
| Período pensión | 2018-09 |
| Período salud | 2018-09 |
| Tipo de cotizante | |
| Subtipo de cotizante | No aplica |

| Novedades | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VTE | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
| | | | | | | | | X | | | | | | | 0 |

| Dias Cotizados | |
|---|---|
| PENSIÓN | 30 |
| SALUD | 30 |
| RIESGOS | 30 |
| CAJA DE COMPENSACION | 0 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Modalidad Salario | Salario | IBC Pensión | 1,200,000 |
| IBC Salud | 1,200,000 | IBC Riesgos | 1,200,000 |
| IBC Cajas | 0 | IBC SENA e ICBF | $0 |
| Salario | 781,242 | | |

| SISTEMA GENERAL DE PENSIONES | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tarifa | Cot. Obligatoria | Cot. Voluntaria | | Total Cotización | Fondo de Sol Pensional | Fondo de Subs Pensional | Valor no retenido aportes vol |
| | | Afiliado | Aportante | | | | |
| 16.0% | 192,000 | 0 | 0 | 192,000 | 0 | 0 | 0 |

| SISTEMA GENERAL DE SALUD | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Incapacidades E.G | | Licencias de Maternidad | |
| Tarifa | Cotización Obligatoria | UPC adicional | No. Autorización | Valor | No. Autorización | Valor |
| 0.1250000 | 150,000 | 0 | | 0 | | 0 |

| SISTEMA GENERAL DE RIESGOS PROFESIONALES | | |
|---|---|---|
| Centro de Trabajo | | |
| Cóodigo centro de trabajo | Tarifa | Cotización Obligatoria |
| 900959051 | 0.0243600 | 29,300 |

APORTES PARAFISCALES

ASOPAGOS s.a.

**CONSULTA EMPLEADO**

**Razón Social: ANGIE PAOLA BARRERA LOPEZ**

**Identificación: CC-1023884005**

**Sucursal: 0**

**Período Pensión: 2018-09**

**Período Salud: 2018-09**

**Fecha Pago Planilla: 2018-09-13**

ASOPAGOS s.a. PAGADO

| | |
|---|---|
| Tipo Identificación | Cédula de Ciudadanía |
| Número Identificación | 1,023,884,005 |
| Nombre | ANGIE PAOLA BARRERA LOPEZ |
| EPS | SANITAS |
| AFP | PORVENIR |
| Caja de Compensación | SIN CCF |
| ARP | SEGUROS BOLIVAR |
| Número de planilla | 13523174 |
| Referencia de pago(PIN) | |
| Tipo de planilla | I |
| Período pensión | 2018-09 |
| Período salud | 2018-09 |
| Tipo de cotizante | |
| Subtipo de cotizante | No aplica |

| Novedades | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VTE | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
| | | | | | | | | X | | | | | | | 0 |

| Dias Cotizados | |
|---|---|
| PENSIÓN | 30 |
| SALUD | 30 |
| RIESGOS | 30 |
| CAJA DE COMPENSACION | 0 |

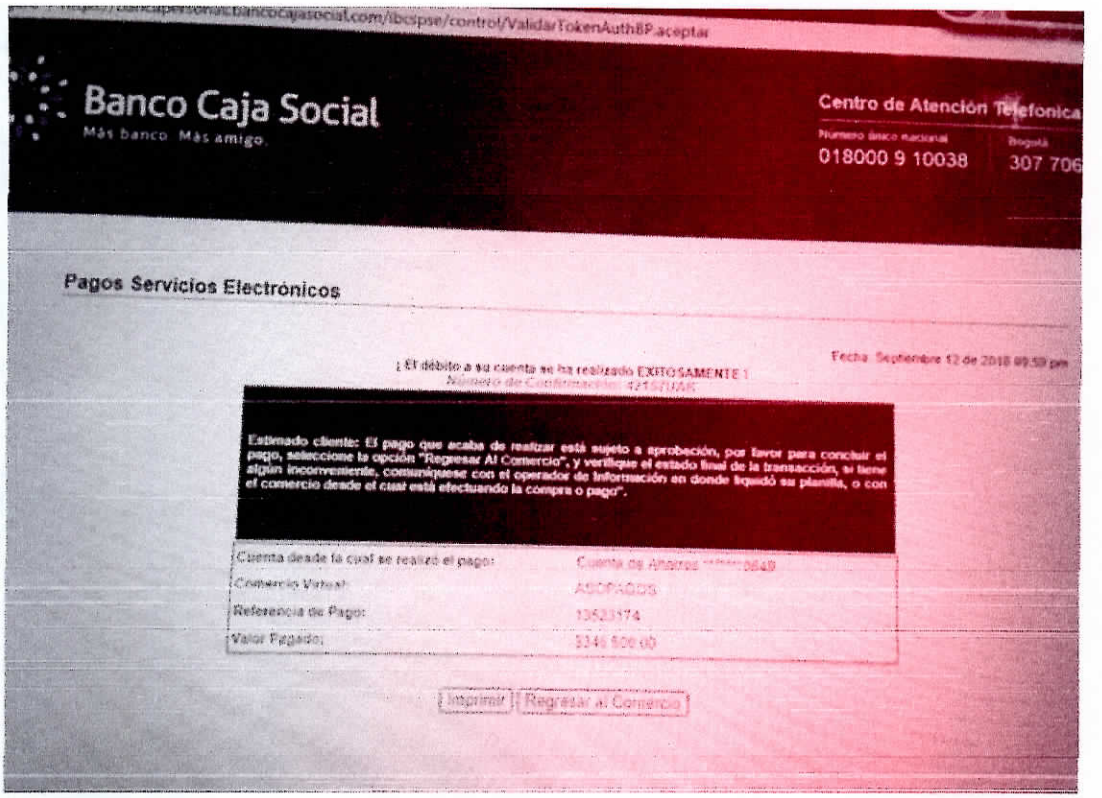
| | | | |
|---|---|---|---|
| Modalidad Salario | Salario | IBC Pensión | 1,120,000 |
| IBC Salud | 1,120,000 | IBC Riesgos | 1,120,000 |
| IBC Cajas | 0 | IBC SENA e ICBF | $0 |
| Salario | 781,242 | | |

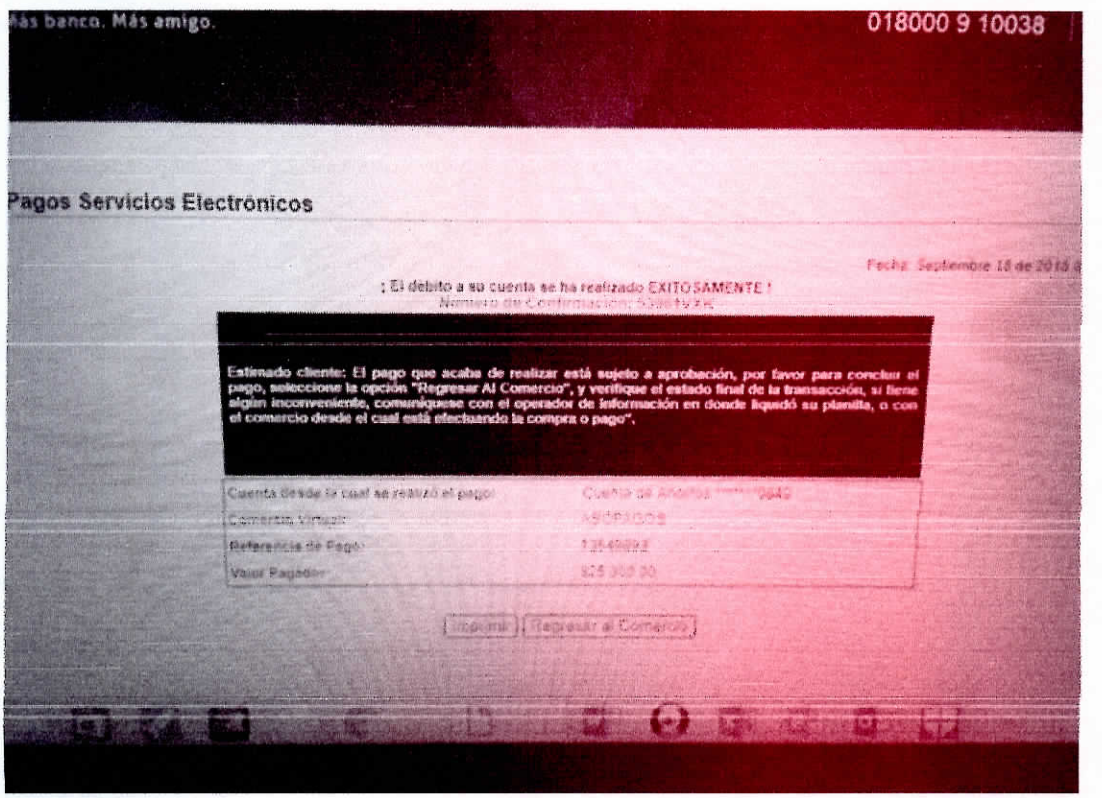
| SISTEMA GENERAL DE PENSIONES | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tarifa | Cot. Obligatoria | Cot. Voluntaria | | Total Cotización | Fondo de Sol Pensional | Fondo de Subs Pensional | Valor no retenido aportes vol |
| | | Afiliado | Aportante | | | | |
| 16.0% | 179,200 | 0 | 0 | 179,200 | 0 | 0 | 0 |

| SISTEMA GENERAL DE SALUD | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Incapacidades E.G | | Licencias de Maternidad | |
| Tarifa | Cotización Obligatoria | UPC adicional | No. Autorización | Valor | No. Autorización | Valor |
| 0.1250000 | 140,000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

| SISTEMA GENERAL DE RIESGOS PROFESIONALES | | |
|---|---|---|
| Centro de Trabajo | | |
| Cóodigo centro de trabajo | Tarifa | Cotización Obligatoria |
| 900959051 | 0.0243600 | 27,300 |

| APORTES PARAFISCALES |
|---|


Banco Caja Social
Más banco. Más amigo.
Centro de Atención Telefonica
018000 9 10038
Pagos Servicios Electrónicos
¡ El débito a su cuenta se ha realizado EXITOSAMENTE !
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:
Referencia de Pago:
Valor Pagado:
Imprimir
Regresar a Comercio


018000 9 10038
Pagos Servicios Electrónicos
¡ El débito a su cuenta se ha realizado EXITOSAMENTE !
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".

4392

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 4392 2018 **C.D.P. No.:** 2423 **Proceso al que pertene** PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC

**Unidad a la que perten** SALUD PUBLICA -

**Nombre del Contratista:** ANGIE PAOLA BARRERA LOPEZ **C.C.** 1.023.884.005 **de:** BOGOTÁ D.C.

**Fecha Inicio:** 2018-07-06 **Fecha Terminación incial:** 2018-08-05 **Valor Mensual:** $ 3.000.000 **Valor a cobrar** $ 1.565.217

| ADICIÓN / OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | $ 2.800.000 | 2807 | 2018-08-06 | 2018-09-05 |
| 2 | $ 11.833.333 | 2857 | 2018-09-06 | 2019-01-03 |
| 3 | $ 3.913.043 | 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 SEGURID | NÚMERO DE PLANILLA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | JULIO | $ 2.333.325 | $ 291.700 | 13291816 |
| 2 | AGOSTO | $ 2.800.000 | $ 346.500 | 13396457 |
| 3 | SEPTIEMBRE | $ 3.000.000 | $ 346.500 | 13523174 |
| 4 | | | $ 25.300 | 13549893 |
| 5 | OCTUBRE | $ 3.000.000 | $ 346.500 | 13523174 |
| 6 | | | $ 25.300 | 13549893 |
| 7 | EXTRAS SEPTIEMBRE | $ 391.304 | $ 50.500 | 13523174/13549893/13797886 |
| 8 | | | | |
| 9 | EXTRAS OCTUBRE | $ 1.173.913 | $ 147.300 | 13787900/ 13797839 |
| 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 | $ 21.346.376 | $ 12.698.542 | $ 8.647.834 |

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

**OBJETO DEL CONTRATO**

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN PSICOLOGIA 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 pe** **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 | 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. | Acciones familiares (Familas con plan formulado, implentado y monitoreado)<br>* Selección y priorización de familias definidas por la SDS.<br>* Preparación de la visita.<br>* Caracterización social y ambiental a través de diálogo de saberes con la familia.<br>* Analizar conjuntamente con la familia las condiciones halladas y establecer prioridades.<br>* Concertación del Plan familiar.<br>* Desarrollar acciones centradas en familia.<br>* Seguimiento al desarrollo de las acciones familiares y plan familiar.<br>* Evaluación del plan familiar . |
| 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 | 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 apropiacion conceptual de los lineamientos suministrados por Secretaria Distrital de Salud |
| 5 | 5. Realizar las visitas en campo, de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal. | Realizar tamizaje a usuarios que asisten a la estrategia gestion del riesgo según anexos operativos dados por los lineamientos de la SDS |
| 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 espacios de vida o componente transversal | Entrega oportuna, completa y ordenada de formatos requeridos según accion integrada |
| 7 | | |

**Observaciones:**

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

**Firma del Contratista**

**C.C.** 1.023.884.005 **de** BOGOTÀ D.C.

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

ASOPAGOS s.a.

**CONSULTA EMPLEADO**

**Razón Social: ANGIE PAOLA BARRERA LOPEZ**

**Identificación: CC-1023884005**

**Sucursal: 0**

**Período Pensión: 2018-09**

**Período Salud: 2018-09**

**Fecha Pago Planilla: 2018-09-13**

| | |
|---|---|
| Tipo Identificación | Cédula de Ciudadanía |
| Número Identificación | 1,023,884,005 |
| Nombre | ANGIE PAOLA BARRERA LOPEZ |
| EPS | SANITAS |
| AFP | PORVENIR |
| Caja de Compensación | SIN CCF |
| ARP | SEGUROS BOLIVAR |
| Número de planilla | 13523174 |
| Referencia de pago(PIN) | |
| Tipo de planilla | I |
| Período pensión | 2018-09 |
| Período salud | 2018-09 |
| Tipo de cotizante | |
| Subtipo de cotizante | No aplica |

| Novedades | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VTE | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
| | | | | | | | | X | | | | | | | 0 |

| Dias Cotizados | |
|---|---|
| PENSIÓN | 30 |
| SALUD | 30 |
| RIESGOS | 30 |
| CAJA DE COMPENSACION | 0 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Modalidad Salario | Salario | IBC Pensión | 1,120,000 |
| IBC Salud | 1,120,000 | IBC Riesgos | 1,120,000 |
| IBC Cajas | 0 | IBC SENA e ICBF | $0 |
| Salario | 781,242 | | |

| SISTEMA GENERAL DE PENSIONES | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tarifa | Cot. Obligatoria | Cot. Voluntaria | | Total Cotización | Fondo de Sol Pensional | Fondo de Subs Pensional | Valor no retenido aportes vol |
| | | Afiliado | Aportante | | | | |
| 16.0% | 179,200 | 0 | 0 | 179,200 | 0 | 0 | 0 |

| SISTEMA GENERAL DE SALUD | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Incapacidades E.G | | Licencias de Maternidad | |
| Tarifa | Cotización Obligatoria | UPC adicional | No. Autorización | Valor | No. Autorización | Valor |
| 0.1250000 | 140,000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

| SISTEMA GENERAL DE RIESGOS PROFESIONALES | | |
|---|---|---|
| Centro de Trabajo | | |
| Cóodigo centro de trabajo | Tarifa | Cotización Obligatoria |
| 900959051 | 0.0243600 | 27,300 |

| APORTES PARAFISCALES |
|---|

ASOPAGOS s.a.

**CONSULTA EMPLEADO**

**Razón Social: ANGIE PAOLA BARRERA LOPEZ**

**Identificación: CC-1023884005**

**Sucursal: 0**

**Período Pensión: 2018-09**

**Período Salud: 2018-09**

**Fecha Pago Planilla: 2018-09-19**

| | |
|---|---|
| Tipo Identificación | Cédula de Ciudadanía |
| Número Identificación | 1,023,884,005 |
| Nombre | ANGIE PAOLA BARRERA LOPEZ |
| EPS | SANITAS |
| AFP | PORVENIR |
| Caja de Compensación | SIN CCF |
| ARP | SEGUROS BOLIVAR |
| Número de planilla | 13549893 |
| Referencia de pago(PIN) | |
| Tipo de planilla | N |
| Período pensión | 2018-09 |
| Período salud | 2018-09 |
| Tipo de cotizante | |
| Subtipo de cotizante | No aplica |

| Novedades | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VTE | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
| | | | | | | | | X | | | | | | | 0 |

| Dias Cotizados | |
|---|---|
| PENSIÓN | 30 |
| SALUD | 30 |
| RIESGOS | 30 |
| CAJA DE COMPENSACION | 0 |

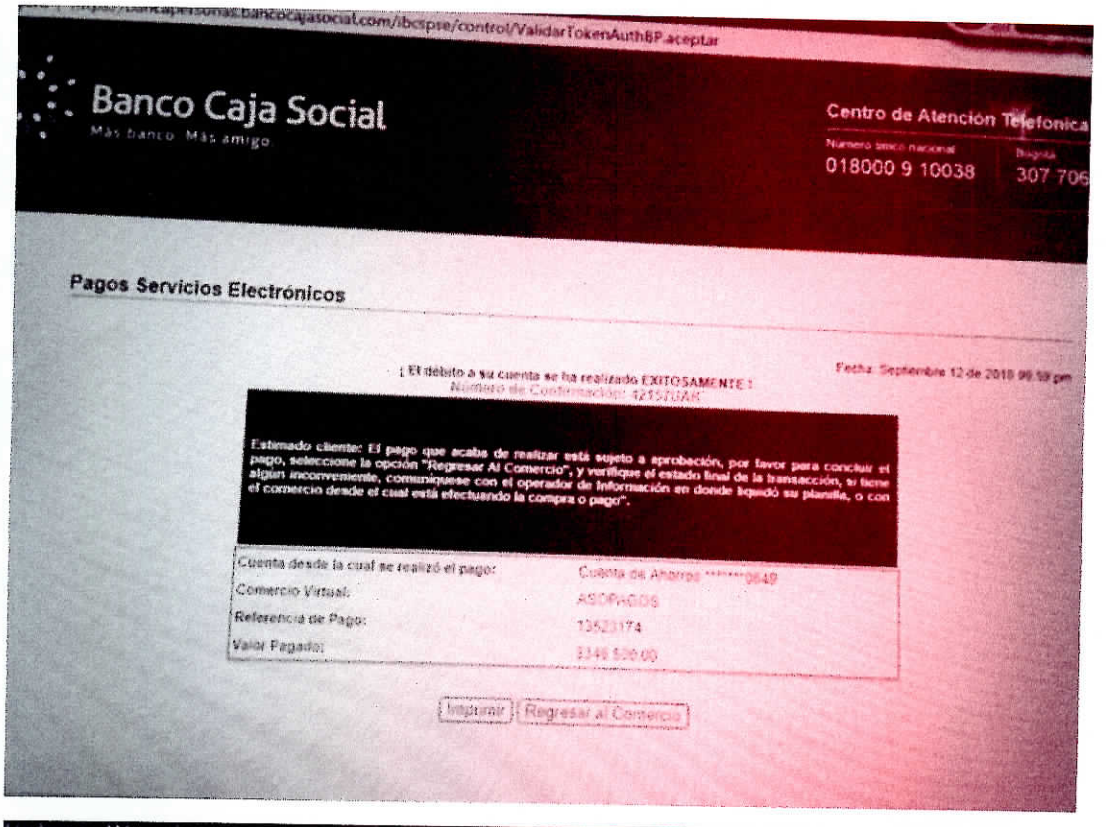
| | | | |
|---|---|---|---|
| Modalidad Salario | Salario | IBC Pensión | 1,200,000 |
| IBC Salud | 1,200,000 | IBC Riesgos | 1,200,000 |
| IBC Cajas | 0 | IBC SENA e ICBF | $0 |
| Salario | 781,242 | | |

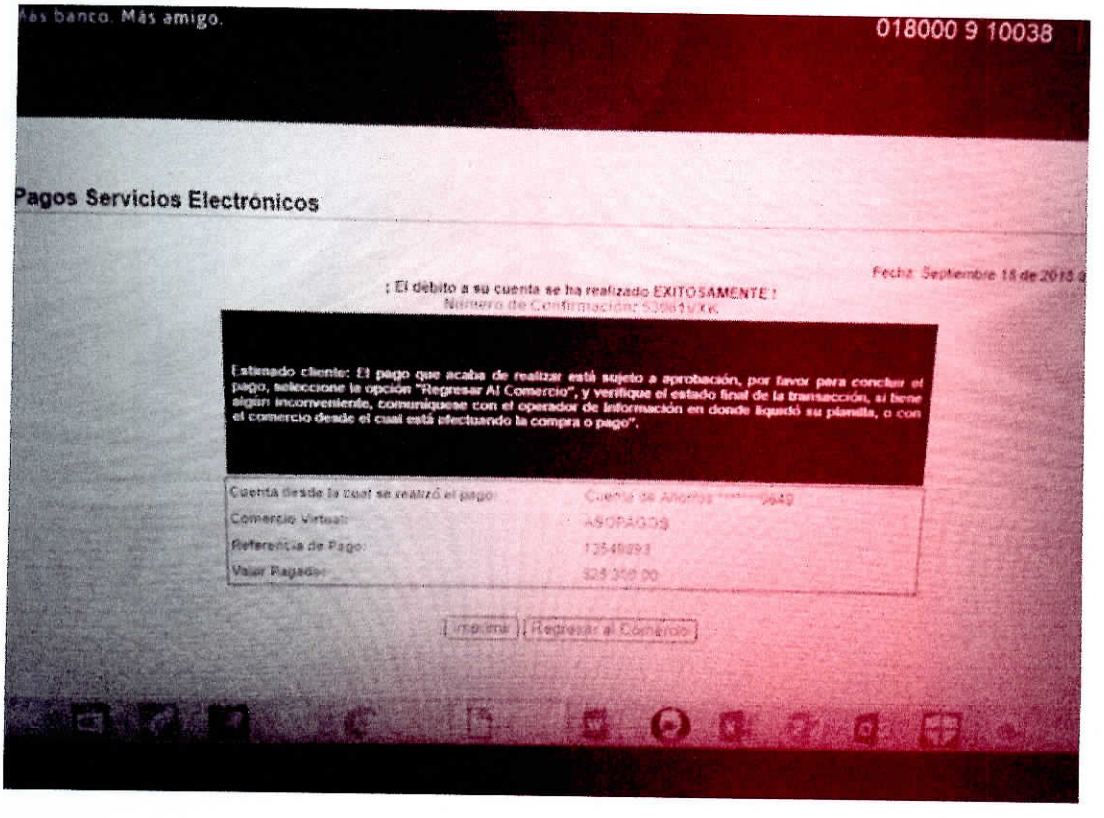
| SISTEMA GENERAL DE PENSIONES | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tarifa | Cot. Obligatoria | Cot. Voluntaria | | Total Cotización | Fondo de Sol Pensional | Fondo de Subs Pensional | Valor no retenido aportes vol |
| | | Afiliado | Aportante | | | | |
| 16.0% | 192,000 | 0 | 0 | 192,000 | 0 | 0 | 0 |

| SISTEMA GENERAL DE SALUD | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Incapacidades E.G | | Licencias de Maternidad | |
| Tarifa | Cotización Obligatoria | UPC adicional | No. Autorización | Valor | No. Autorización | Valor |
| 0.1250000 | 150,000 | 0 | | 0 | | 0 |

| SISTEMA GENERAL DE RIESGOS PROFESIONALES | | |
|---|---|---|
| Centro de Trabajo | | |
| Cóodigo centro de trabajo | Tarifa | Cotización Obligatoria |
| 900959051 | 0.0243600 | 29,300 |

| APORTES PARAFISCALES |
|---|


Banco Caja Social
Más banco. Más amigo.
Centro de Atención Telefonica
018000 9 10038
Pagos Servicios Electrónicos
¡ El débito a su cuenta se ha realizado EXITOSAMENTE !
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 algun inconveniente, comuniquese 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:
Comercio Virtual:
Referencia de Pago:
Valor Pagado:
Imprimir
Regresar al Comercio


Más banco. Más amigo.
018000 9 10038
Pagos Servicios Electrónicos
¡ El débito a su cuenta se ha realizado EXITOSAMENTE !
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 algun inconveniente, comuniquese 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:
Comercio Virtual:
Referencia de Pago:
Valor Pagado:
Imprimir
Regresar al Comercio

ASOPAGOS s.a.

| | |
|---|---|
| RAZON SOCIAL : | ANGIE PAOLA BARRERA LOPEZ |
| IDENTIFICACION: | CC-1023884005 |
| COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| FECHA GENERACION REPORTE: | 2018-11-20 |
| FECHA LIMITE DE PAGO: | 2018-10-02 |
| FECHA DE PAGO: | 2018-11-20 |
| ENTIDAD DE PAGO: | BANCO CAJA SOCIAL BCSC |
| PERIODO PENSION: | 2018-09 |
| PERIODO SALUD: | 2018-09 |
| NUMERO PLANILLA: | 13797886 |
| REFERENCIA DE PAGO (PIN): | 13797886 |
| TIPO DE PLANILLA: | N |

| CODIGO ENTIDAD | NIT | NOMBRE | NUMERO AFILIADOS | FONDO SOLIDARIDAD | FONDO SUBSISTENCIA | TOTAL INTERESES | VALOR PAGAR SIN INTERESES | VALOR PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS005 | 800251440 | SANITAS | 1 | $ 0 | $ 0 | $ 800 | $ 19.600 | $ 20.400 |
| 230301 | 800224808 | PORVENIR | 1 | $ 0 | $ 0 | $ 1.000 | $ 25.100 | $ 26.100 |
| 14-7 | 860002503 | SEGUROS BOLIVAR | 1 | $ 0 | $ 0 | $ 200 | $ 3.800 | $ 4.000 |
| | | Total a pagar | | $ 0 | $ 0 | $ 2.000 | $ 48.500 | $ 50.500 |

| | |
|---|---|
| FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES: | 02/11/2018 |

**CONSULTA EMPLEADO**

**Razón Social: ANGIE PAOLA BARRERA LOPEZ**

**Identificación: CC-1023884005**

**Sucursal: 0**

**Período Pensión: 2018-10**

**Período Salud: 2018-10**

**Fecha Pago Planilla: 2018-11-15**

| | |
|---|---|
| Tipo Identificación | Cédula de Ciudadanía |
| Número Identificación | 1,023,884,005 |
| Nombre | ANGIE PAOLA BARRERA LOPEZ |
| EPS | SANITAS |
| AFP | PORVENIR |
| Caja de Compensación | SIN CCF |
| ARP | SEGUROS BOLIVAR |
| Número de planilla | 13787900 |
| Referencia de pago(PIN) | |
| Tipo de planilla | I |
| Período pensión | 2018-10 |
| Período salud | 2018-10 |
| Tipo de cotizante | |
| Subtipo de cotizante | No aplica |

| Novedades | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VTE | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
| | | | | | | X | | | | | | | | | 0 |

| Dias Cotizados | |
|---|---|
| PENSIÓN | 30 |
| SALUD | 30 |
| RIESGOS | 30 |
| CAJA DE COMPENSACION | 0 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Modalidad Salario | Salario | IBC Pensión | 1,200,000 |
| IBC Salud | 1,200,000 | IBC Riesgos | 1,200,000 |
| IBC Cajas | 0 | IBC SENA e ICBF | $0 |
| Salario | 1,200,000 | | |

| SISTEMA GENERAL DE PENSIONES | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tarifa | Cot. Obligatoria | Cot. Voluntaria | | Total Cotización | Fondo de Sol Pensional | Fondo de Subs Pensional | Valor no retenido aportes vol |
| | | Afiliado | Aportante | | | | |
| 16.0% | 192,000 | 0 | 0 | 192,000 | 0 | 0 | 0 |

| SISTEMA GENERAL DE SALUD | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Incapacidades E.G | | Licencias de Maternidad | |
| Tarifa | Cotización Obligatoria | UPC adicional | No. Autorización | Valor | No. Autorización | Valor |
| 0.1250000 | 150,000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

| SISTEMA GENERAL DE RIESGOS PROFESIONALES | | |
|---|---|---|
| Centro de Trabajo | | |
| Cóodigo centro de trabajo | Tarifa | Cotización Obligatoria |
| 900959051 | 0.0243600 | 29,300 |

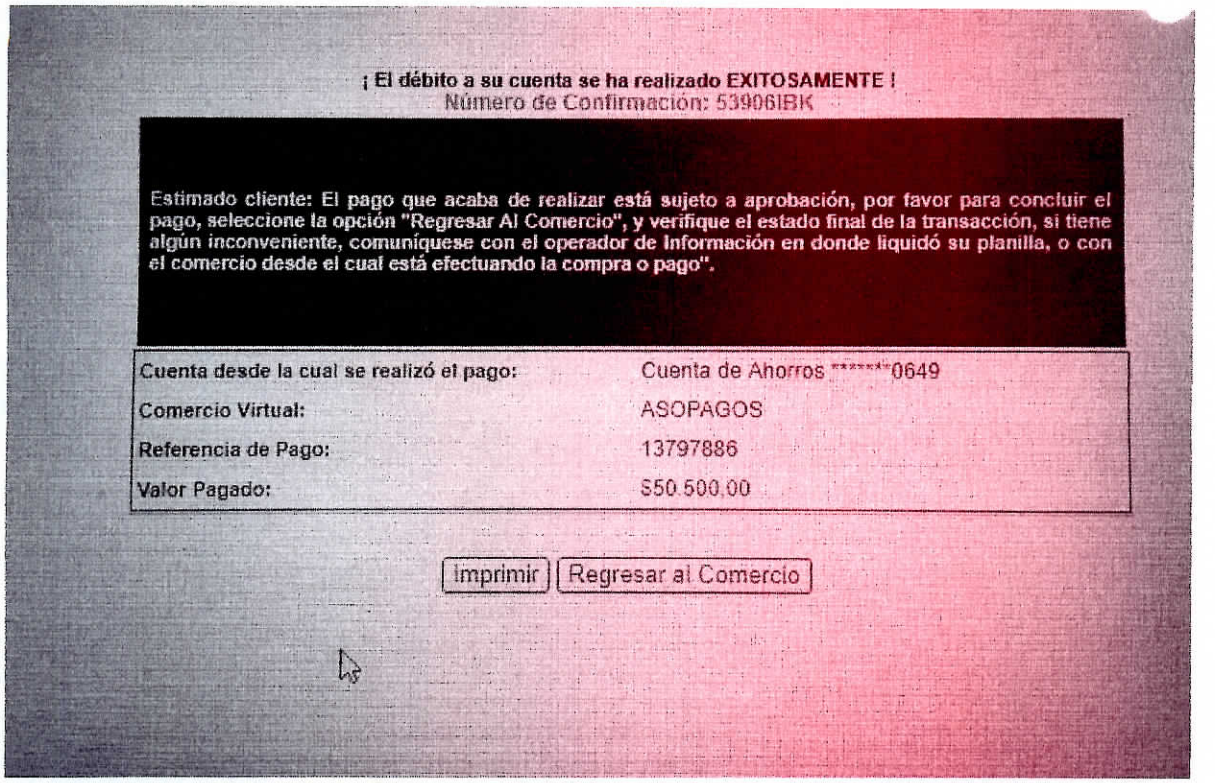
| APORTES PARAFISCALES |
|---|

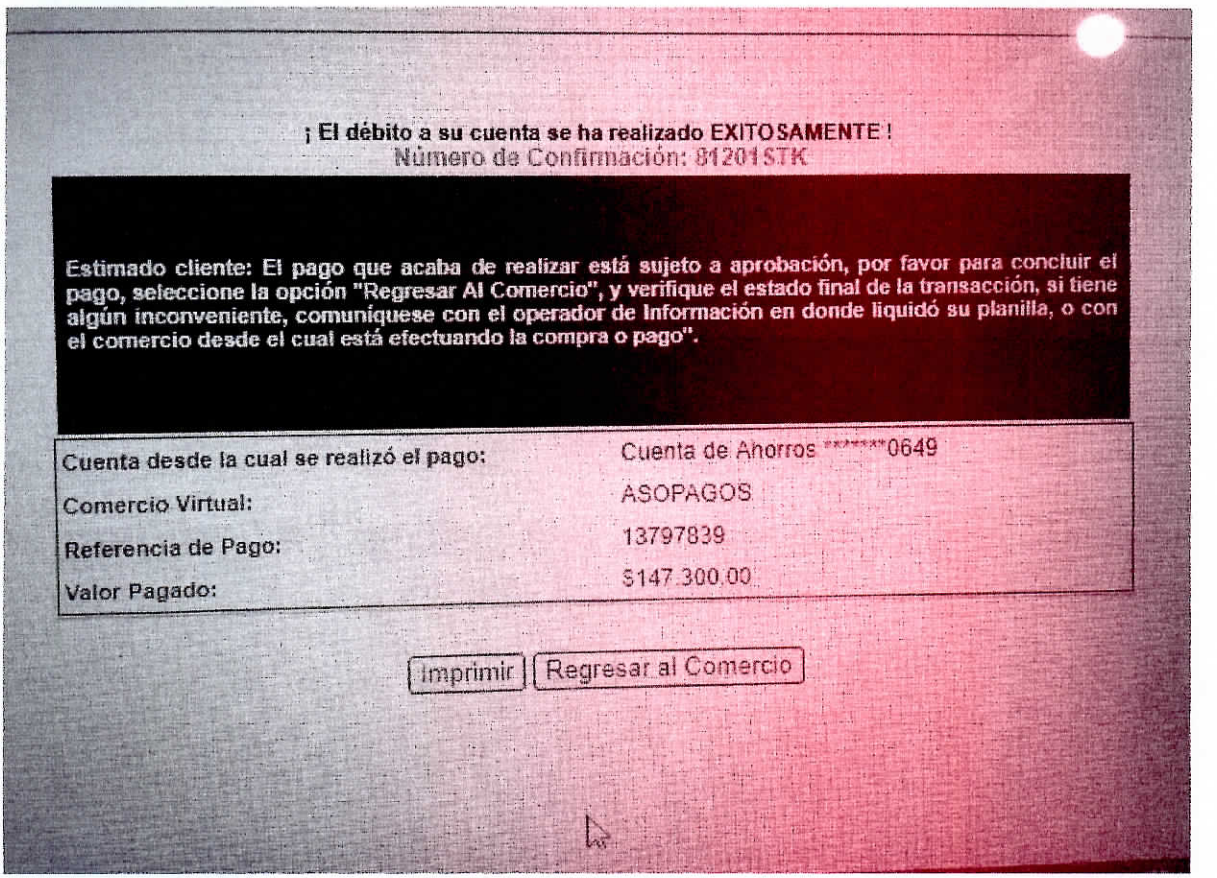
ASOPAGOS s.a.

| | |
|---|---|
| RAZON SOCIAL : | ANGIE PAOLA BARRERA LOPEZ |
| IDENTIFICACION: | CC-1023884005 |
| COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| FECHA GENERACION REPORTE: | 2018-11-20 |
| FECHA LIMITE DE PAGO: | 2018-11-02 |
| FECHA DE PAGO: | 2018-11-20 |
| ENTIDAD DE PAGO: | BANCO CAJA SOCIAL BCSC |
| PERIODO PENSION: | 2018-10 |
| PERIODO SALUD: | 2018-10 |
| NUMERO PLANILLA: | 13797839 |
| REFERENCIA DE PAGO (PIN): | 13797839 |
| TIPO DE PLANILLA: | N |

| CODIGO ENTIDAD | NIT | NOMBRE | NUMERO AFILIADOS | FONDO SOLIDARIDAD | FONDO SUBSISTENCIA | TOTAL INTERESES | VALOR PAGAR SIN INTERESES | VALOR PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS005 | 800251440 | SANITAS | 1 | $ 0 | $ 0 | $ 800 | $ 58.700 | $ 59.500 |
| 230301 | 800224808 | PORVENIR | 1 | $ 0 | $ 0 | $ 1.000 | $ 75.200 | $ 76.200 |
| 14-7 | 860002503 | SEGUROS BOLIVAR | 1 | $ 0 | $ 0 | $ 200 | $ 11.400 | $ 11.600 |
| | | Total a pagar | | $ 0 | $ 0 | $ 2.000 | $ 145.300 | $ 147.300 |

| | |
|---|---|
| FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES: | 04/12/2018 |


¡ El débito a su cuenta se ha realizado EXITOSAMENTE !
Número de Confirmación: 53906IBK
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 ******0649
Comercio Virtual:
ASOPAGOS
Referencia de Pago:
13797886
Valor Pagado:
$50.500,00
Imprimir
Regresar al Comercio


¡ El débito a su cuenta se ha realizado EXITOSAMENTE !
Número de Confirmación: 81201STK
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 ******0649
Comercio Virtual:
ASOPAGOS
Referencia de Pago:
13797839
Valor Pagado:
$147.300,00
Imprimir
Regresar al Comercio

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 4392 2018 **C.D.P. No.:** 2423 **Proceso al que pertene** PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC

**Unidad a la que perten** SALUD PUBLICA -

**Nombre del Contratista:** ANGIE PAOLA BARRERA LOPEZ **C.C.** 1.023.884.005 **de:** BOGOTÀ D.C.

**Fecha Inicio:** 2018-07-06 **Fecha Terminación incial:** 2018-08-05 **Valor Mensua** $ 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 | 2807 | 2018-08-06 | 2018-09-05 |
| 2 | $ 11.833.333 | 2857 | 2018-09-06 | 2019-01-03 |
| 3 | $ 3.913.043 | 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 | $ 2.333.325 | $ 291.700 | 13291816 |
| 2 | AGOSTO | $ 2.800.000 | $ 346.500 | 13396457 |
| 3 | SEPTIEMBRE | $ 3.000.000 | $ 346.500 | 13523174 |
| 4 | | | $ 25.300 | 13549893 |
| 5 | OCTUBRE | $ 3.000.000 | $ 346.500 | 13523174 |
| 6 | | | $ 25.300 | 13549893 |
| 7 | EXTRAS SEPTIEMBRE | $ 391.304 | $ 50.500 | 13523174/13549893/13797886 |
| 8 | | | | |
| 9 | EXTRAS OCTUBRE | $ 1.173.913 | $ 147.300 | 13787900/ 13797839 |
| 10 | | | | |
| 11 | NOVIEMBRE | $ 3.000.000 | $ 375.000 | 13787900 |
| 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 | $ 21.346.376 | $ 15.698.542 | $ 5.647.834 |

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

**OBJETO DEL CONTRATO**

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN PSICOLOGIA 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 pe** **Desde:** 2018-11-01 **Hasta:** 2018-11-30

| | OBLIGACIONES ESPECIFICAS (Las estipuladas en la minuta) | DESCRIPCION 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. | Acciones familiares (Familas con plan formulado, implentado y monitoreado)<br>* Selección y priorización de familias definidas por la SDS.<br>* Preparación de la visita.<br>* Caracterización social y ambiental a través de diálogo de saberes con la familia.<br>* Analizar conjuntamente con la familia las condiciones halladas y establecer prioridades.<br>* Concertación del Plan familiar.<br>* Desarrollar acciones centradas en familia.<br>* Seguimiento al desarrollo de las acciones familiares y plan familiar.<br>* Evaluación del plan familiar . |
| 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 | 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 apropiacion conceptual de los lineamientos suministrados por Secretaria Distrital de Salud |
| 5 | 5. Realizar las visitas en campo, de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal. | Realizar tamizaje a usuarios que asisten a la estrategia gestion del riesgo según anexos operativos dados por los lineamientos de la SDS |
| 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 espacios de vida o componente transversal | Entrega oportuna, completa y ordenada de formatos requeridos según accion integrada |
| 7 | | |

**Observaciones:**

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

Firma del Contratista

**C.C.** 1.023.884.005 **de** BOGOTÀ D.C.

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

ASOPAGOS s.a.

**CONSULTA EMPLEADO**

**Razón Social: ANGIE PAOLA BARRERA LOPEZ**

**Identificación: CC-1023884005**

**Sucursal: 0**

**Período Pensión: 2018-10**

**Período Salud: 2018-10**

**Fecha Pago Planilla: 2018-11-15**

| | |
|---|---|
| Tipo Identificación | Cédula de Ciudadanía |
| Número Identificación | 1,023,884,005 |
| Nombre | ANGIE PAOLA BARRERA LOPEZ |
| EPS | SANITAS |
| AFP | PORVENIR |
| Caja de Compensación | SIN CCF |
| ARP | SEGUROS BOLIVAR |
| Número de planilla | 13787900 |
| Referencia de pago(PIN) | |
| Tipo de planilla | I |
| Período pensión | 2018-10 |
| Período salud | 2018-10 |
| Tipo de cotizante | |
| Subtipo de cotizante | No aplica |

| Novedades | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VTE | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
| | | | | | | X | | | | | | | | | 0 |

| Dias Cotizados | |
|---|---|
| PENSIÓN | 30 |
| SALUD | 30 |
| RIESGOS | 30 |
| CAJA DE COMPENSACION | 0 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Modalidad Salario | Salario | IBC Pensión | 1,200,000 |
| IBC Salud | 1,200,000 | IBC Riesgos | 1,200,000 |
| IBC Cajas | 0 | IBC SENA e ICBF | $0 |
| Salario | 1,200,000 | | |

| SISTEMA GENERAL DE PENSIONES | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tarifa | Cot. Obligatoria | Cot. Voluntaria | | Total Cotización | Fondo de Sol Pensional | Fondo de Subs Pensional | Valor no retenido aportes vol |
| | | Afiliado | Aportante | | | | |
| 16.0% | 192,000 | 0 | 0 | 192,000 | 0 | 0 | 0 |

| SISTEMA GENERAL DE SALUD | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Incapacidades E.G | | Licencias de Maternidad | |
| Tarifa | Cotización Obligatoria | UPC adicional | No. Autorización | Valor | No. Autorización | Valor |
| 0.1250000 | 150,000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

| SISTEMA GENERAL DE RIESGOS PROFESIONALES | | |
|---|---|---|
| Centro de Trabajo | | |
| Cóodigo centro de trabajo | Tarifa | Cotización Obligatoria |
| 900959051 | 0.0243600 | 29,300 |

| APORTES PARAFISCALES |
|---|

**La transacción fué realizada con éxito**

| | |
|---|---|
| **Nit de la Empresa:** | **1023884005** |
| Nombre de la Empresa: | ANGIE PAOLA BARRERA LOPEZ |
| **Nit del comercio:** | **9998605023278** |
| Nombre del comercio: | Jaime Torres C & CIA |

| | |
|---|---|
| Valor del pago: | $375.000 |
| Fecha Transacción: | 2018-11-15 13:15 |
| Estado Transacción: | APROBADA |
| Banco: | BANCO CAJA SOCIAL |
| Nro. Transación - CUS: | 385982656 |
| Número Factura: | 13787900 |
| Descripción: | Pago de seguridad Social Integrado |
| Dirección IP: | 10.10.10.137 |

Reporte Certificado Cambio de BDUA y RUAF

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 4392 2018 **C.D.P. No.:** 2423 **Proceso al que pertene** PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC

**Unidad a la que perten** SALUD PUBLICA -

**Nombre del Contratista:** ANGIE PAOLA BARRERA LOPEZ **C.C.** 1.023.884.005 **de:** BOGOTÀ D.C.

**Fecha Inicio:** 2018-07-06 **Fecha Terminación incial:** 2018-08-05 **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 | 2807 | 2018-08-06 | 2018-09-05 |
| 2 | $ 11.833.333 | 2857 | 2018-09-06 | 2019-01-03 |
| 3 | $ 3.913.043 | 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 SEGURID | NÚMERO DE PLANILLA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | JULIO | $ 2.333.325 | $ 291.700 | 13291816 |
| 2 | AGOSTO | $ 2.800.000 | $ 346.500 | 13396457 |
| 3 | SEPTIEMBRE | $ 3.000.000 | $ 346.500 | 13523174 |
| 4 | | | $ 25.300 | 13549893 |
| 5 | OCTUBRE | $ 3.000.000 | $ 346.500 | 13523174 |
| 6 | | | $ 25.300 | 13549893 |
| 7 | EXTRAS SEPTIEMBRE | $ 391.304 | $ 50.500 | 13523174/13549893/13797886 |
| 8 | | | | |
| 9 | EXTRAS OCTUBRE | $ 1.173.913 | $ 147.300 | 13787900/ 13797839 |
| 10 | | | | |
| 11 | NOVIEMBRE | $ 3.000.000 | $ 371.300 | 13787900 |
| 12 | EXTRAS NOVIEMBRE | $ 1.173.913 | $ 519.600 | 13933184/13902123 |
| 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 | $ 21.346.376 | $ 16.872.455 | $ 4.473.921 |

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

**OBJETO DEL CONTRATO**

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN PSICOLOGIA 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 pe** **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 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. | Baridos casa a casa por barrios de las diferentes localidades asignadas |
| 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. | Revision y verificacion de soportes a Auditar |
| 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 estándares de habilitación y acreditación de servicios de salud. | Apoyo a otras actividades que sean asignadas desde el espacio |
| 5 | 5. Realizar las visitas en campo, de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal. | Apoyo a servicios de salud |
| 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 espacios de vida o componente transversal | Caracterizacion de familias |
| 7 | | |

**Observaciones:**

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

**Firma del Contratista**

**C.C.** 1.023.884.005 **de** BOGOTÀ D.C.

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

**La transacción fué realizada con éxito**

| | |
|---|---|
| Nit de la Empresa: | 1023884005 |
| Nombre de la Empresa: | ANGIE PAOLA BARRERA LOPEZ |
| Nit del comercio: | 9998605023278 |
| Nombre del comercio: | Jaime Torres C & CIA |

| | |
|---|---|
| Valor del pago: | $146.500 |
| Fecha Transacción: | 2018-12-13 23:26 |
| Estado Transaccion: | APROBADA |
| Banco: | BANCO CAJA SOCIAL |
| Nro. Transacion - CUS: | 395177390 |
| Numero Factura: | 13933184 |
| Descripcion: | Pago de seguridad Social Integrado |
| Dirección IP: | 10.10.10.137 |

Reporte Certificado Cambio de BDUA y RUAF

Imprimir Regresar

BRINDA:

*...amiento que Merece"*

+SEGURIDAD
+RESPALDO
+CONFIANZA

**La transacción fué realizada con éxito**

| | |
|---|---|
| Nit de la Empresa: | 1023884005 |
| Nombre de la Empresa: | ANGIE PAOLA BARRERA LOPEZ |
| Nit del comercio: | 9998605023278 |
| Nombre del comercio: | Jaime Torres C & CIA |

| | |
|---|---|
| Valor del pago: | $373.100 |
| Fecha Transacción: | 2018-12-09 09:14 |
| Estado Transacción: | APROBADA |
| Banco: | BANCO CAJA SOCIAL |
| Nro. Transación - CUS: | 393408991 |
| Numero Factura: | 13902123 |
| Descripcion: | Pago de seguridad Social Integrado |
| Dirección IP: | 10.10.10.137 |

Reporte Certificado Cambio de BDUA y RUAF

Imprimir Regresar

...carse a los teléfonos en Bogotá al ...5111, resto del país al 018000121260, correo electrónico cerlac

ASOPAGOS s.a.

| | |
|---|---|
| RAZON SOCIAL : | ANGIE PAOLA BARRERA LOPEZ |
| IDENTIFICACION: | CC-1023884005 |
| COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| FECHA GENERACION REPORTE: | 2018-12-14 |
| FECHA LIMITE DE PAGO: | 2018-12-04 |
| FECHA DE PAGO: | 2018-12-14 |
| ENTIDAD DE PAGO: | BANCO CAJA SOCIAL BCSC |
| PERIODO PENSION: | 2018-11 |
| PERIODO SALUD: | 2018-11 |
| NUMERO PLANILLA: | 13933184 |
| REFERENCIA DE PAGO (PIN): | 13933184 |
| TIPO DE PLANILLA: | N |

| CODIGO ENTIDAD | NIT | NOMBRE | NUMERO AFILIADOS | FONDO SOLIDARIDAD | FONDO SUBSISTENCIA | TOTAL INTERESES | VALOR PAGAR SIN INTERESES | VALOR PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS005 | 800251440 | SANITAS | 1 | $ 0 | $ 0 | $ 500 | $ 58.700 | $ 59.200 |
| 230301 | 800224808 | PORVENIR | 1 | $ 0 | $ 0 | $ 600 | $ 75.200 | $ 75.800 |
| 14-7 | 860002503 | SEGUROS BOLIVAR | 1 | $ 0 | $ 0 | $ 100 | $ 11.400 | $ 11.500 |
| | | Total a pagar | | $ 0 | $ 0 | $ 1.200 | $ 145.300 | $ 146.500 |

| | |
|---|---|
| FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES: | 03/01/2018 |

SISTEMA GENERAL DE SALUD

| | | | Incapacidades E.G | | Licencias de Maternidad | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Tarifa | Cotización Obligatoria | UPC adicional | No. Autorización | Valor | No. Autorización | Valor |
| 0.1250000 | 150,000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS PROFESIONALES

| Centro de Trabajo | | |
|---|---|---|
| Cóodigo centro de trabajo | Tarifa | Cotización Obligatoria |
| 900959051 | 0.0243600 | 29,300 |

APORTES PARAFISCALES

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 4392 2018 **C.D.P. No.:** 2423 **Proceso al que pertene** PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC

**Unidad a la que perten** SALUD PUBLICA -

**Nombre del Contratista:** ANGIE PAOLA BARRERA LOPEZ **C.C.** 1.023.884.005 **de:** BOGOTÁ D.C.

**Fecha Inicio:** 2018-07-06 **Fecha Terminación incial:** 2018-08-05 **Valor Mensua** $ 3.000.000 **Valor a cobrar:** $ 4.173.913

| ADICIÓN / OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | $ 2.800.000 | 2807 | 2018-08-06 | 2018-09-05 |
| 2 | $ 11.833.333 | 2857 | 2018-09-06 | 2019-01-03 |
| 3 | $ 3.913.043 | 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 | $ 2.333.325 | $ 291.700 | 13291816 |
| 2 | AGOSTO | $ 2.800.000 | $ 346.500 | 13396457 |
| 3 | SEPTIEMBRE | $ 3.000.000 | $ 346.500 | 13523174 |
| 4 | | | $ 25.300 | 13549893 |
| 5 | OCTUBRE | $ 3.000.000 | $ 346.500 | 13523174 |
| 6 | | | $ 25.300 | 13549893 |
| 7 | EXTRAS SEPTIEMBRE | $ 391.304 | $ 50.500 | 13523174/13549893/13797886 |
| 8 | | | | |
| 9 | EXTRAS OCTUBRE | $ 1.173.913 | $ 147.300 | 13787900/ 13797839 |
| 10 | | | | |
| 11 | NOVIEMBRE | $ 3.000.000 | $ 375.000 | 13902123 |
| 12 | EXTRAS NOVIEMBRE | $ 1.173.913 | $ 519.600 | 13933184 / 13902123 |
| 13 | EXTRAS DICIEMBRE | $ 1.173.913 | $ 519.600 | 13933184 / 13902123 |
| 14 | DICIEMBRE | $ 3.000.000 | $ 375.000 | 13933184 / 13902123 |
| 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 | $ 21.346.376 | $ 21.046.368 | $ 300.008 |

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

**OBJETO DEL CONTRATO**

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN PSICOLOGIA 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 pe** **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 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. | Acciones familiares (Familas con plan formulado, implentado y monitoreado)<br>* Selección y priorización de familias definidas por la SDS.<br>* Preparación de la visita.<br>* Caracterización social y ambiental a través de diálogo de saberes con la familia.<br>* Analizar conjuntamente con la familia las condiciones halladas y establecer prioridades.<br>* Concertación del Plan familiar.<br>* Desarrollar acciones centradas en familia.<br>* Seguimiento al desarrollo de las acciones familiares y plan familiar.<br>* Evaluación del plan familiar . |
| 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 | 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 apropiacion conceptual de los lineamientos suministrados por Secretaria Distrital de Salud |
| 5 | 5. Realizar las visitas en campo, de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal. | Realizar tamizaje a usuarios que asisten a la estrategia gestion del riesgo según anexos operativos dados por los lineamientos de la SDS |
| 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 espacios de vida o componente transversal | Entrega oportuna, completa y ordenada de formatos requeridos según accion integrada |
| 7 | | |

**Observaciones:**

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

**Firma del Contratista**

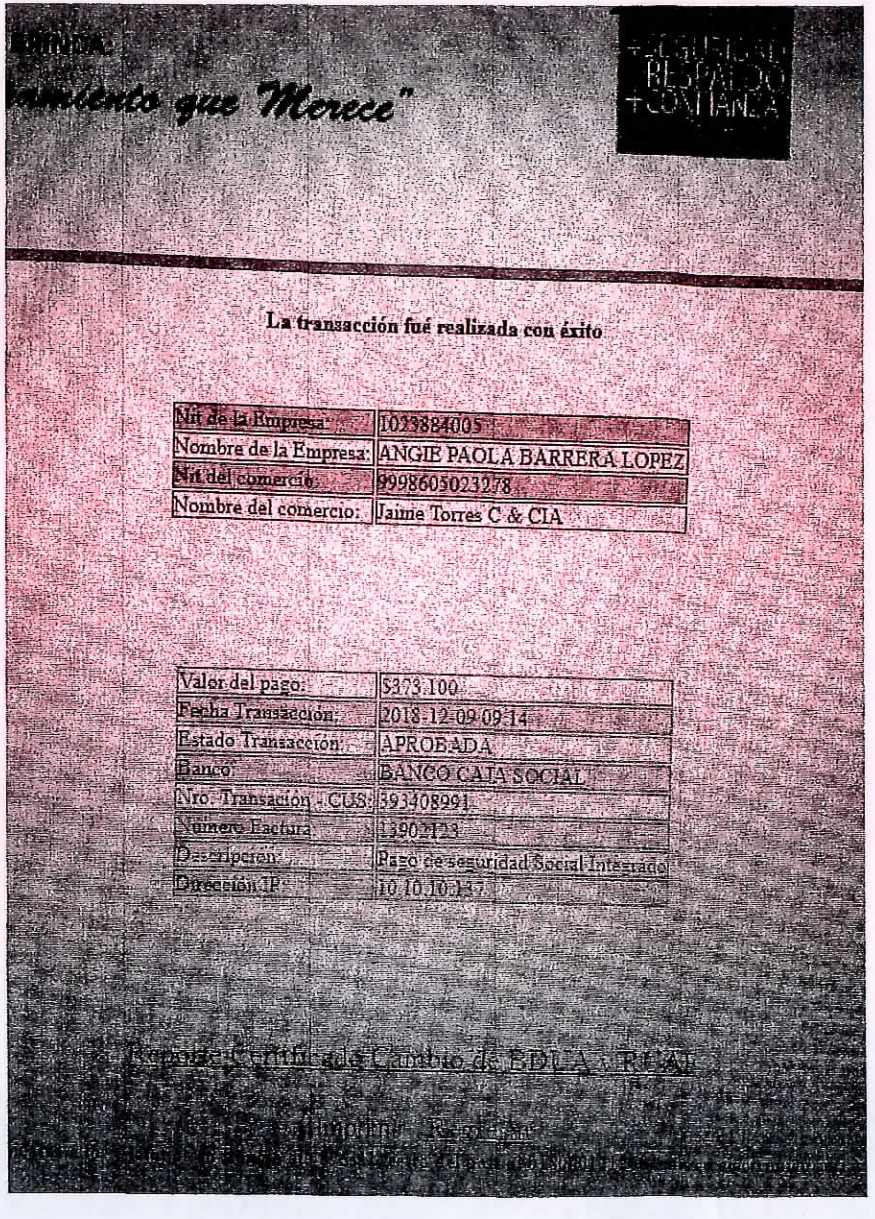
**C.C.** 1.023.884.005 **de** BOGOTÀ D.C.

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

**La transacción fué realizada con éxito**

| | |
|---|---|
| Nit de la Empresa: | 1023884005 |
| Nombre de la Empresa: | ANGIE PAOLA BARRERA LOPEZ |
| Nit del comercio: | 9998605023278 |
| Nombre del comercio: | Jaime Torres C & CIA |

| | |
|---|---|
| Valor del pago: | $146.500 |
| Fecha Transacción: | 2018-12-15 23:26 |
| Estado Transacción: | APROBADA |
| Banco: | BANCO CAJA SOCIAL |
| Nro. Transacción - CUS: | 593[illegible]190 |
| Número Factura: | 13933184 |
| Descripción: | Pago de seguridad Social Integrado |
| Dirección IP: | 10.70.10.13 |




**La transacción fué realizada con éxito**

| | |
|---|---|
| Nit de la Empresa: | 1023884005 |
| Nombre de la Empresa: | ANGIE PAOLA BARRERA LOPEZ |
| Nit del comercio: | 9998605023278 |
| Nombre del comercio: | Jaime Torres C & CIA |

| | |
|---|---|
| Valor del pago: | $373.100 |
| Fecha Transacción: | 2018-12-09 09:14 |
| Estado Transacción: | APROBADA |
| Banco: | BANCO CAJA SOCIAL |
| Nro. Transacción - CUS: | 593408991 |
| Número Factura: | 13902123 |
| Descripción: | Pago de seguridad Social Integrado |
| Dirección IP: | 10.10.10.137 |

Expedir Certificado Cambio de EPS A RIAL

ASOPAGOS s.a.

**CONSULTA EMPLEADO**

**Razón Social: ANGIE PAOLA BARRERA LOPEZ**

**Identificación: CC-1023884005**

**Sucursal: 0**

**Período Pensión: 2018-11**

**Período Salud: 2018-11**

**Fecha Pago Planilla: 2018-12-10**

| | |
|---|---|
| Tipo Identificación | Cédula de Ciudadanía |
| Número Identificación | 1,023,884,005 |
| Nombre | ANGIE PAOLA BARRERA LOPEZ |
| EPS | SANITAS |
| AFP | PORVENIR |
| Caja de Compensación | SIN CCF |
| ARP | SEGUROS BOLIVAR |
| Número de planilla | 13902123 |
| Referencia de pago(PIN) | |
| Tipo de planilla | I |
| Período pensión | 2018-11 |
| Período salud | 2018-11 |
| Tipo de cotizante | |
| Subtipo de cotizante | No aplica |

| Novedades | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VTE | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
| | | | | | | | | | | | | | | | 0 |

| Dias Cotizados | |
|---|---|
| PENSIÓN | 30 |
| SALUD | 30 |
| RIESGOS | 30 |
| CAJA DE COMPENSACION | 0 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Modalidad Salario | Salario | IBC Pensión | 1,200,000 |
| IBC Salud | 1,200,000 | IBC Riesgos | 1,200,000 |
| IBC Cajas | 0 | IBC SENA e ICBF | $0 |
| Salario | 1,200,000 | | |

| SISTEMA GENERAL DE PENSIONES | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tarifa | Cot. Obligatoria | Cot. Voluntaria | | Total Cotización | Fondo de Sol Pensional | Fondo de Subs Pensional | Valor no retenido aportes vol |
| | | Afiliado | Aportante | | | | |
| 16.0% | 192,000 | 0 | 0 | 192,000 | 0 | 0 | 0 |

| SISTEMA GENERAL DE SALUD | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Incapacidades E.G | | Licencias de Maternidad | |
| Tarifa | Cotización Obligatoria | UPC adicional | No. Autorización | Valor | No. Autorización | Valor |
| 0.1250000 | 150,000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

| SISTEMA GENERAL DE RIESGOS PROFESIONALES | | |
|---|---|---|
| Centro de Trabajo | | |
| Cóodigo centro de trabajo | Tarifa | Cotización Obligatoria |
| 900959051 | 0.0243600 | 29,300 |

| APORTES PARAFISCALES |
|---|

ASOPAGOS s.a.

| | |
|---|---|
| RAZON SOCIAL : | ANGIE PAOLA BARRERA LOPEZ |
| IDENTIFICACION: | CC-1023884005 |
| COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| FECHA GENERACION REPORTE: | 2018-12-14 |
| FECHA LIMITE DE PAGO: | 2018-12-04 |
| FECHA DE PAGO: | 2018-12-14 |
| ENTIDAD DE PAGO: | BANCO CAJA SOCIAL BCSC |
| PERIODO PENSION: | 2018-11 |
| PERIODO SALUD: | 2018-11 |
| NUMERO PLANILLA: | 13933184 |
| REFERENCIA DE PAGO (PIN): | 13933184 |
| TIPO DE PLANILLA: | N |

| CODIGO ENTIDAD | NIT | NOMBRE | NUMERO AFILIADOS | FONDO SOLIDARIDAD | FONDO SUBSISTENCIA | TOTAL INTERESES | VALOR PAGAR SIN INTERESES | VALOR PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS005 | 800251440 | SANITAS | 1 | $ 0 | $ 0 | $ 500 | $ 58.700 | $ 59.200 |
| 230301 | 800224808 | PORVENIR | 1 | $ 0 | $ 0 | $ 600 | $ 75.200 | $ 75.800 |
| 14-7 | 860002503 | SEGUROS BOLIVAR | 1 | $ 0 | $ 0 | $ 100 | $ 11.400 | $ 11.500 |
| | | Total a pagar | | $ 0 | $ 0 | $ 1.200 | $ 145.300 | $ 146.500 |

| | |
|---|---|
| FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES: | 03/01/2018 |

40

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 4392 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:** ANGIE PAOLA BARRERA LOPEZ **C.C.** 1,023,884,005 **de:** BOGOTÁ D.C.

**Fecha inicio:** 2018-07-06 **Fecha Terminación inicial:** 2018-08-05 **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 | 2807 | 2018-08-06 | 2018-09-05 |
| 2 | $ 11,833,333 | 2857 | 2018-09-06 | 2019-01-03 |
| 3 | $ 3,913,043 | 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 | $ 2,333,325 | $ 291,700 | 13291816 |
| 2 | AGOSTO | $ 2,800,000 | $ 346,500 | 13396457 |
| 3 | SEPTIEMBRE | $ 3,000,000 | $ 346,500 | 13523174 |
| 4 | | | $ 25,300 | 13549893 |
| 5 | OCTUBRE | $ 3,000,000 | $ 346,500 | 13523174 |
| 6 | | | $ 25,300 | 13549893 |
| 7 | EXTRAS SEPTIEMBRE | $ 391,304 | $ 50,500 | 13523174/13549893/13797886 |
| 8 | | | | |
| 9 | EXTRAS OCTUBRE | $ 1,173,913 | $ 147,300 | 13787900/ 13797839 |
| 10 | | | | |
| 11 | NOVIEMBRE | $ 3,000,000 | $ 375,000 | 13902123 |
| 12 | EXTRAS NOVIEMBRE | $ 1,173,913 | $ 519,600 | 13933184 / 13902123 |
| 13 | EXTRAS DICIEMBRE | $ 1,173,913 | $ 519,600 | 13933184 / 14055015 |
| 14 | DICIEMBRE | $ 3,000,000 | $ 375,000 | 13933184/13902123/14055015 |
| 15 | ENERO | $ 3,000,000 | $ 517,600 | 14055015 |
| 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 | $ 27,346,376 | $ 24,046,368 | $ 3,300,008 |

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

**OBJETO DEL CONTRATO**

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN PSICOLOGIA 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:** 2019-01-01 **Hasta:** 2019-01-30

| | 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. | Acciones familiares (Familas con plan formulado, implentado y monitoreado)<br><br>* Selección y priorización de familias definidas por la SDS.<br>* Preparación de la visita.<br>* Caracterización social y ambiental a través de diálogo de saberes con la familia.<br>* Analizar conjuntamente con la familia las condiciones halladas y establecer prioridades.<br>* Concertación del Plan familiar.<br>* Desarrollar acciones centradas en familia.<br>* Seguimiento al desarrollo de las acciones familiares y plan familiar.<br>* Evaluación del plan familiar .<br>* Reconocimiento Familiar. |
| 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 | 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 apropiacion conceptual de los lineamientos suministrados por Secretaria Distrital de Salud |
| 5 | 5. Realizar las visitas en campo, de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal. | Realizar tamizaje a usuarios que asisten a la estrategia gestion del riesgo según anexos operativos dados por los lineamientos de la SDS |
| 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 espacios de vida o componente transversal | Entrega oportuna, completa y ordenada de formatos requeridos según accion integrada |
| 7 | | |

**Observaciones:**

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

Firma del Contratista

**C.C.** 1,023,884,005 **de** BOGOTÁ D.C.

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

**CONSULTA EMPLEADO**

**Razón Social: ANGIE PAOLA BARRERA LOPEZ**

**Identificación: CC-1023884005**

**Sucursal: 0**

**Período Pensión: 2018-12**

**Período Salud: 2018-12**

**Fecha Pago Planilla: 2019-01-11**

| | |
|---|---|
| Tipo Identificación | Cédula de Ciudadanía |
| Número Identificación | 1,023,884,005 |
| Nombre | ANGIE PAOLA BARRERA LOPEZ |
| EPS | SANITAS |
| AFP | PORVENIR |
| Caja de Compensación | SIN CCF |
| ARP | SEGUROS BOLIVAR |
| Número de planilla | 14055015 |
| Referencia de pago(PIN) | |
| Tipo de planilla | N |
| Período pensión | 2018-12 |
| Período salud | 2018-12 |
| Tipo de cotizante | |
| Subtipo de cotizante | No aplica |

| Novedades | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VTE | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
| | | | | | | | | X | | | | | | | 0 |

| Dias Cotizados | |
|---|---|
| PENSIÓN | 30 |
| SALUD | 30 |
| RIESGOS | 30 |
| CAJA DE COMPENSACION | 0 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Modalidad Salario | Salario | IBC Pensión | 1,669,565 |
| IBC Salud | 1,669,565 | IBC Riesgos | 1,669,565 |
| IBC Cajas | 0 | IBC SENA e ICBF | $0 |
| Salario | 1,200,000 | | |

| SISTEMA GENERAL DE PENSIONES | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tarifa | Cot. Obligatoria | Cot. Voluntaria | | Total Cotización | Fondo de Sol Pensional | Fondo de Subs Pensional | Valor no retenido aportes vol |
| | | Afiliado | Aportante | | | | |
| 16.0% | 267,200 | 0 | 0 | 267,200 | 0 | 0 | 0 |

| SISTEMA GENERAL DE SALUD | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Incapacidades E.G | | Licencias de Maternidad | |
| Tarifa | Cotización Obligatoria | UPC adicional | No. Autorización | Valor | No. Autorización | Valor |
| 0.1250000 | 208,700 | 0 | | 0 | | 0 |

| SISTEMA GENERAL DE RIESGOS PROFESIONALES | | |
|---|---|---|
| Centro de Trabajo | | |
| Cóodigo centro de trabajo | Tarifa | Cotización Obligatoria |
| 900959051 | 0.0243600 | 40,700 |

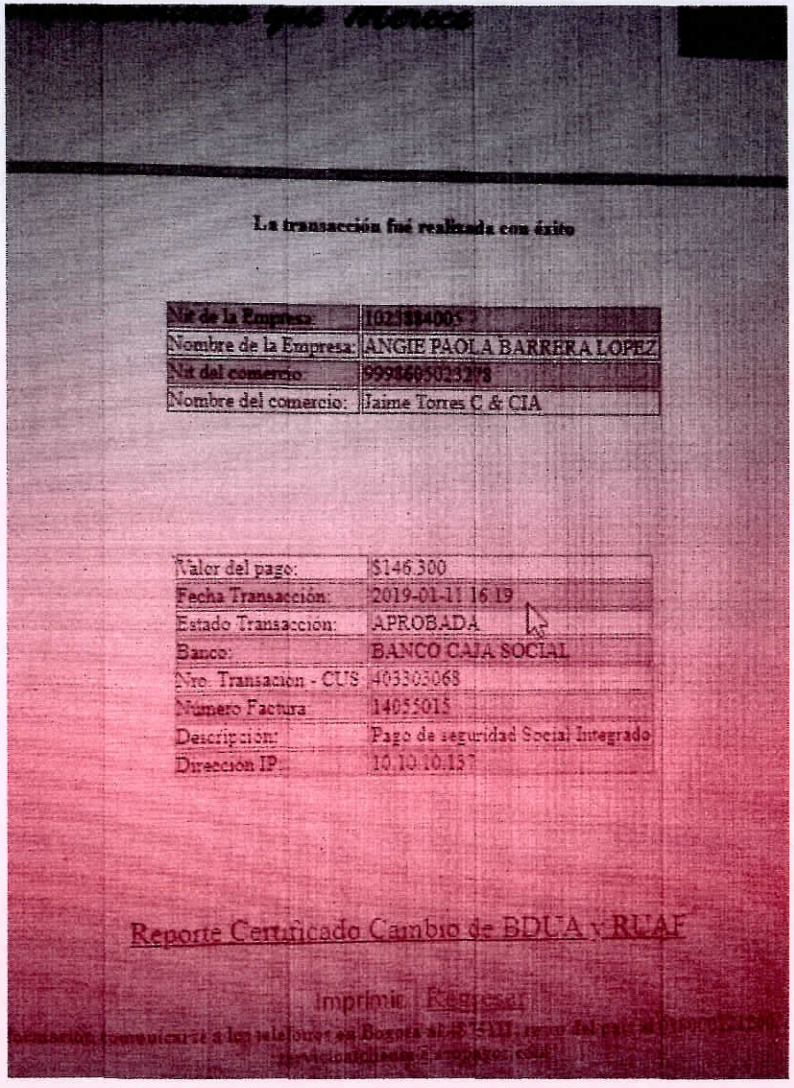
| APORTES PARAFISCALES |
|---|

ASOPAGOS s.a.

| | |
|---|---|
| RAZON SOCIAL : | ANGIE PAOLA BARRERA LOPEZ |
| IDENTIFICACION: | CC-1023884005 |
| COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| FECHA GENERACION REPORTE: | 2019-01-15 |
| FECHA LIMITE DE PAGO: | 2019-01-03 |
| FECHA DE PAGO: | 2019-01-11 |
| ENTIDAD DE PAGO: | BANCO CAJA SOCIAL BCSC |
| PERIODO PENSION: | 2018-12 |
| PERIODO SALUD: | 2018-12 |
| NUMERO PLANILLA: | 14055015 |
| REFERENCIA DE PAGO (PIN): | 14055015 |
| TIPO DE PLANILLA: | N |

| CODIGO ENTIDAD | NIT | NOMBRE | NUMERO AFILIADOS | FONDO SOLIDARIDAD | FONDO SUBSISTENCIA | TOTAL INTERESES | VALOR PAGAR SIN INTERESES | VALOR PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS005 | 800251440 | SANITAS | 1 | $ 0 | $ 0 | $ 400 | $ 58.700 | $ 59.100 |
| 230301 | 800224808 | PORVENIR | 1 | $ 0 | $ 0 | $ 500 | $ 75.200 | $ 75.700 |
| 14-7 | 860002503 | SEGUROS BOLIVAR | 1 | $ 0 | $ 0 | $ 100 | $ 11.400 | $ 11.500 |
| | | Total a pagar | | $ 0 | $ 0 | $ 1.000 | $ 145.300 | $ 146.300 |

| | |
|---|---|
| FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES: | 03/01/2019 |



**La transacción fué realizada con éxito**

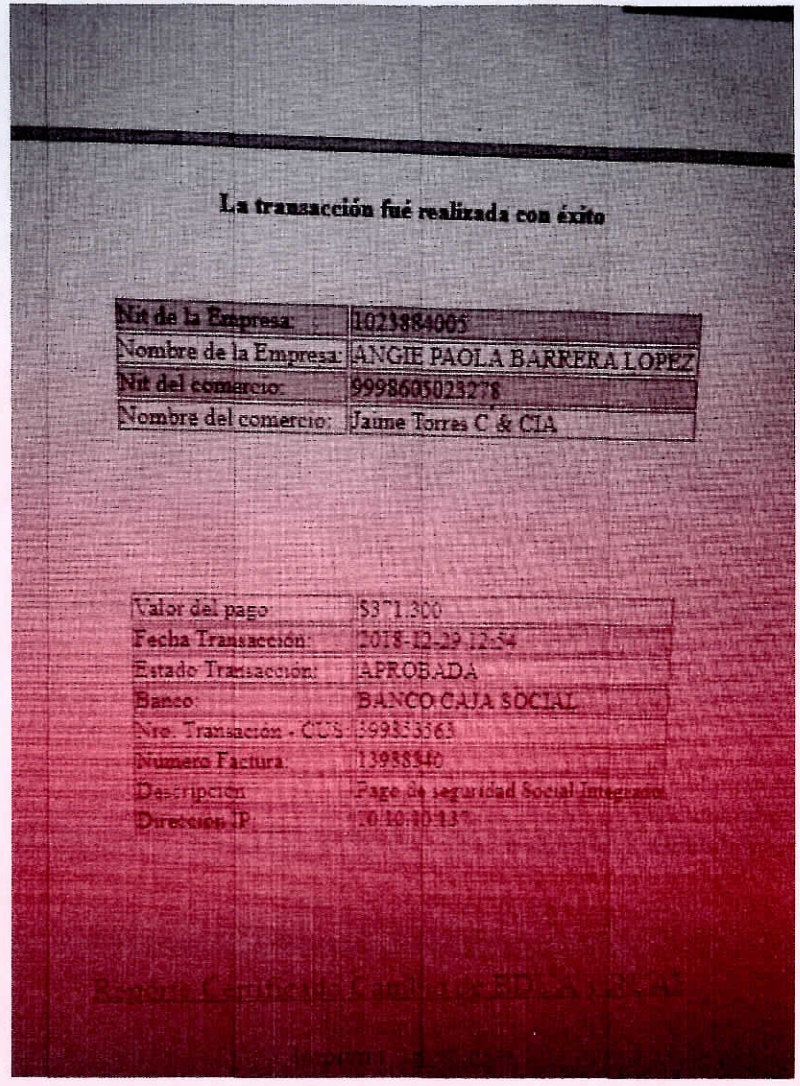
| | |
|---|---|
| Nit de la Empresa: | 1023884005 |
| Nombre de la Empresa: | ANGIE PAOLA BARRERA LOPEZ |
| Nit del comercio: | 9998605023278 |
| Nombre del comercio: | Jaime Torres C & CIA |

| | |
|---|---|
| Valor del pago: | $146.300 |
| Fecha Transacción: | 2019-01-11 16:19 |
| Estado Transacción: | APROBADA |
| Banco: | BANCO CAJA SOCIAL |
| Nro. Transacion - CUS | 403303068 |
| Numero Factura | 14055015 |
| Descripción: | Pago de seguridad Social Integrado |
| Dirección IP | 10.10.10.137 |

Reporte Certificado Cambio de BDUA y RUAF

Imprimir Regresar

Solicitud comunicarse a los teléfonos en Bogotá al [illegible], opción del menú [illegible]



**La transacción fué realizada con éxito**

| | |
|---|---|
| Nit de la Empresa: | 1023884005 |
| Nombre de la Empresa: | ANGIE PAOLA BARRERA LOPEZ |
| Nit del comercio: | 9998605023278 |
| Nombre del comercio: | Jaime Torres C & CIA |

| | |
|---|---|
| Valor del pago: | $371.300 |
| Fecha Transacción: | 2018-12-29 12:54 |
| Estado Transacción: | APROBADA |
| Banco: | BANCO CAJA SOCIAL |
| Nro. Transacion - CUS | 399833563 |
| Numero Factura | 13988540 |
| Descripción: | Pago de seguridad Social Integrado |
| Dirección IP | 10.10.10.137 |

Reporte Certificado Cambio de BDUA y RUAF