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-4397-2018	**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: ALBA ASTRID CHAPARRO PINEDA **C.C.** 52.545.153 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2018-07-06 **Fecha Terminación inicial:** 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	$ 353.300	8481201644
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 ESE

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2018-07-06 **Hasta:** 2018-07-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	1. Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE.	1. 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.	1. Asistencia a las reuniones de Asistencia Tecnica del componente HCB 2. Acercamiento al Centro Zonal de la localidad para presentación del proceso logrado en la vigencia anterior y realizar proceso de Concertación y selección de HCB para la nueva vigencia Julio a Diciembre 3. Preparación con el Equipo y la profesional de apoyo de la ceremonia de graduación de las madres comunitarias Asistencia y participación en las reuniones convocadas por el Líder del Espacio Vivienda.
3	3. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.	1. Diligenciamiento del cronograma mensual en el que se consignan las actividades programadas durante el mes siguiente acordes a las acciones establecidas en el lineamiento.

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

Alba Astrid Chaparro Pineda
Firma del Contratista

C.C. 52.545.153 **de** BOGOTA

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

Bogotá

NIT. 860.002.964-4

Comprobante de Recaudos

ESPACIO PARA EL TIMBRE

Esta transacción está sujeta a verificación posterior. El (los) cheques(s) depositado(s) se reciben "Salvo buen cobro" de manera que la operación solo se entiende [illegible] (los) cheque(s) es (son) pagado(s) por el [illegible] librados. En caso de que el (los) cheque(s) sea (sean) devuelto(s) sin pago, esta operación se reversará y el (los) título(s) se entregará(n) por parte del Banco al titular de la cuenta en la que se deposita (ron). En consecuencia, el comprobante de pago que se entrega al depositario timbrado por el Banco no implica constancia de pago respecto a las [illegible]das en efectivo.

[illegible] Tarjeta Débito/Crédito aplica únicamente para convenios de empresas autorizadas. En caso de inconvenientes comuníquese con la entidad emisora de su tarjeta.

```
Banco de Bogota - RECAUDO PILA
2060 B0051202   ****0015  T590
FTx17/07/18 12:51H.N0512 Ismael Per
201807 84 Aportes en linea
PLANILLA No.00000848120l644
Identificacion52545153
VALOR PLANILLA:354,600.00
Cargo Cuenta No.
Valor Efectivo:354,600.00
```

Valor $ _____

Verifique que la información impresa en este formato sea correcta 21303332 (CRE_FOR_005 V1 25/10/2016)

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52545153		CHAPARRO PINEDA ALBA ASTRID	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	diagonal 62g sur 711-43	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7754960	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-07	2018-07	8481201644	8481201644	I	2018/07/13	2018/07/17	BANCO BOGOTA	4	$354,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$179,200	$600	$0	$179,800
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$179,200	$600	$0	$179,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$27,300	$100	$0	$27,400
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$27,300	$100	$0	$27,400
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$6,800	$100	$0	$6,900
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$6,800	$100	$0	$6,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$140,000	$500	$0	$140,500
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$140,000	$500	$0	$140,500
TOTAL				1	$353,300	$1,300	$0	$354,600

PAGADO

2018/07/17 12:53 PM

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

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

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

U394

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS-4397-2018	**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:	ALBA ASTRID CHAPARRO PINEDA			**C.C.**	52.545.153 **de:** BOGOTA
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	2807	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	$ 353.300	8481201644
2	AGOSTO	$ 2.800.000	$ 353.300	8482276545
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 ESE

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

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	1. Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE.	1. 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.	1. Asistencia a las reuniones de Asistencia Tecnica del componente HCB 2. Acercamiento al Centro Zonal de la localidad para presentación del proceso logrado en la vigencia anterior y realizar proceso de Concertación y selección de HCB para la nueva vigencia Julio a Diciembre 3. Preparación con el Equipo y la profesional de apoyo de la ceremonia de graduación de las madres comunitarias Asistencia y participación en las reuniones convocadas por el Líder del Espacio Vivienda.
3	3. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar Contenidas en el fotrmato de necesidades de personal que hace parte integral del presente contrato.	1. Diligenciamiento del cronograma mensual en el que se consignan las actividades programadas durante el mes sigueinte acordes a las acciones establecidas en el lineamiento.

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

Alba Astrid Chaparro Pineda.
Firma del Contratista

C.C. 52.545.153 **de** BOGOTA

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

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52545153		CHAPARRO PINEDA ALBA ASTRID	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	diagonal 62g sur 711-43	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7754960	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-08	2018-08	8482276545	8482276545	I	2018/08/14	2018/08/16	BANCO BOGOTA	2	$354,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,120,000	$179,200			$1,120,000	$140,000			$1,120,000	$6,800			$1,120,000	$27,300		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,120,000	$179,200			$1,120,000	$140,000			$1,120,000	$6,800			$1,120,000	$27,300		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						$1,120,000	$179,200			$1,120,000	$140,000			$1,120,000	$6,800			$1,120,000	$27,300		$0	$0
1	CC	52545153	CHAPARRO ALBA	25-14	30	$1,120,000	$179,200	EPS005	30	$1,120,000	$140,000	CCF24	30	$1,120,000	$6,800	14-7	30	$1,120,000	$27,300	30	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$1,120,000	$179,200			$1,120,000	$140,000			$1,120,000	$6,800			$1,120,000	$27,300		$0	$0

PAGADO

2018/08/16 09:26 AM

Banco de Bogotá

NIT. 860.002.964-4

Comprobante de Recaudos

ESPACIO PARA EL TIMBRE

Esta transacción está sujeta a verificación posterior. El (los) cheques(s) depositado(s) se reciben "Salvo buen cobro" de manera que la operación solo se entiende efectiva si el (los) cheque(s) es (son) pagado(s) por el (los) banco(s) librados. En caso de que el (los) cheque(s) sea (sean) devuelto(s) sin pago, esta operación se reversará y el (los) título(s) se entregará(n) por parte del Banco al titular de la cuenta en la que se deposita (ron). En consecuencia, el comprobante de pago que se entrega al depositario timbrado por el Banco, no implica constancia de pago respecto a las sumas no consignadas en efectivo.

El pago con tarjeta Débito/Crédito aplica únicamente para convenios de empresas autorizadas. En caso de inconvenientes comuníquese con la entidad emisora de su tarjeta.

```
Banco de Bogota - RECAUDO PILA
2060 B0027203   ****1643  T741
FTx16/08/18 09:24H.N0272 Soacha
201808 84 Aportes en linea
PLANILLA No.000008482276545
Identificacion52545153
VALOR PLANILLA:354,100.00
Cargo Cuenta No.
Valor Efectivo:354,100.00
```

Valor $ _____

Verifique que la información impresa en este formato sea correcta

21303332 (CRE_FOR_005 V1 25/10/2016)

Impreso por GRÁFICOS E IMPRESIONES S.A.S NIT: 800812668-9 - Tel: 57-1 7459970 Ext. 216

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-4397-2018	**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: ALBA ASTRID CHAPARRO PINEDA **C.C.** 52.545.153 **de:** BOGOTA

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	$ 353.300	8481201644
2	AGOSTO	$ 2.800.000	$ 353.300	8482276545
3	SEPTIEMBRE	$ 3.000.000	$ 378.500	8484007268
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	$ 17.433.333	$ 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 ESE

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

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la E.S.E.	Asistencia a las reuniones y asistencias tecnicas convocadas por el espacio Vivienda de la Subred Centrooriente y el Apoyo Profesional de HCB. Implementación de acciones acorde a los lineamientos HCB de Secretaria de Salud a los 30 HCB caracterizados pertenecientes a la Localidad Santafe y Candelaria.
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.	Se entregan los soportes de las acciones realizadas en el mes de Septiembre de 2018. Asistencia a reuniones y asistencias técnicas relacionadas con la segunda vigencia 2018. Asistencia a la preauditoria con la Profesional de Apoyo del Espacio.
3	Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.	Diligenciamiento del cronograma mensual en el que se consignan las actividades programadas durante el mes siguiente acordes a las acciones establecidas en el lineamiento.
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.	Implementación de acciones acorde a los lineamientos HCB de Secretaria de Salud a los 30 HCB caracterizados, pertenecientes a la Localidad Santafe y Candelaria. Apoyo desde el Perfil de Psicología a la propuesta de trabajo de la Estrategia de Mi Mascota Verde y Yo. Apoyo psicosocial según lineamiento, a las Madres Comunitarias que voluntariamente acceden al servicio psicológico.
5	Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal.	Se realizan las 30 acciones en los HCB caracterizados ubicados en la localidad de Santafe y Candelaria, para la ejecución de las implementanciones contenidas en el Plan de Acción de cada HCB.
6	Diligenciar de manera completa, adecuada, ordenada y legible todos los formatos requeridos en las diferentes intervenciones de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal	Se diligencia y hace entrega de los soportes relacionados con las acciones realizadas, formatos de implementación, listados de asistencia, fichas tecnicas, actas, formato de sesiones colectivas.

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

Alba Astrid Chaparro Pineda.
Firma del Contratista

C.C. 52.545.153 **de** BOGOTA

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

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52545153		CHAPARRO PINEDA ALBA ASTRID	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	diagonal 62g sur 71i-43	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7754960	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-09	2018-09	16057324	8484007268	I	2018/10/11	2018/09/20	BANCO DE OCCIDENTE	0	$378,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION			SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,200,000	$192,000			$1,200,000	$150,000			$1,200,000	$7,200			$1,200,000	$29,300		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,200,000	$192,000			$1,200,000	$150,000			$1,200,000	$7,200			$1,200,000	$29,300		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,200,000	$192,000			$1,200,000	$150,000			$1,200,000	$7,200			$1,200,000	$29,300		$0	$0
1	CC 52545153	CHAPARRO ALBA	25-14	30	$1,200,000	$192,000	EPS005	30	$1,200,000	$150,000	CCF24	30	$1,200,000	$7,200	14-7	30	$1,200,000	$29,300	30	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,200,000	$192,000			$1,200,000	$150,000			$1,200,000	$7,200			$1,200,000	$29,300		$0	$0

PAGADO

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52545153		CHAPARRO PINEDA ALBA ASTRID	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	diagonal 62g sur 71i-43	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7754960	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-09	2018-09	16057324	8484007268	I	2018/10/11	2018/09/20	BANCO DE OCCIDENTE	0	$378,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$192,000	$0	$0	$192,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$192,000	$0	$0	$192,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$29,300	$0	$0	$29,300
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$29,300	$0	$0	$29,300
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$7,200	$0	$0	$7,200
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$7,200	$0	$0	$7,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$150,000	$0	$0	$150,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$150,000	$0	$0	$150,000
TOTAL				**1**	**$378,500**	**$0**	**$0**	**$378,500**

PAGADO

2018/09/20 09:34 AM

Banco AV Villas
Lo Que Quieres Tener

CAJERO NRO :04683 OPERACION: 2078
FECHA: SEP/19/2018 HORA: 16:21:38

BANCO AVVILLAS

PAGO EN EFECTIVO

PLANILLA AS. APORTES EN LINEA
CODIGO FACTURADOR 1506
FACTURA 8484007268

DENO	CANT	MONTO
$ 20.000	14 $*****	280.000
$ 50.000	2 $*****	100.000

VALOR TOTAL BILLETES	$	380.000
VALOR CAMBIO	$	1.500
VALOR DEPOSITADO	$	378.500

FECHA FACTURA :2018/09
VR. PLANILLA : $ 378.500,00
VR. COMISION : $ 0,00
VR. IVA : $ 0,00
APLICA(MM/DD): 09/20

TRANSACCION EXITOSA EN 20/09/2018

COSTO DE TRANSACCION: $ 0

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

4397

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

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS-4397-2018	**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: ALBA ASTRID CHAPARRO PINEDA **C.C.** 52.545.153 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2018-07-06 **Fecha Terminación incial:** 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	$ 353.300	8481201644
2	AGOSTO	$ 2.800.000	$ 353.300	8482276545
3	SEPTIEMBRE	$ 3.000.000	$ 378.500	8484007268
4	OCTUBRE	$ 3.000.000	$ 378.500	8484591271
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	$ 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 ESE

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2018-10-01 **Hasta:** 2018-10-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la E.S.E.	Asistencia a las reuniones y asistencias tecnicas convocadas por el espacio Vivienda de la Subred Centrooriente y el Apoyo Profesional de HCB. Implementación de acciones acorde a los lineamientos HCB de Secretaria de Salud a los 30 HCB caracterizados pertenecientes a la Localidad Santafe y Candelaria.
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.	Se entregan los soportes de las acciones realizadas en el mes de Septiembre de 2018. Asistencia a reuniones y asistencias técnicas relacionadas con la segunda vigencia 2018. Asistencia a la preauditoria con la Profesional de Apoyo del Espacio.
3	Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.	Diligenciamiento del cronograma mensual en el que se consignan las actividades programadas durante el mes siguiente acordes a las acciones establecidas en el lineamiento.
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.	Implementación de acciones acorde a los lineamientos HCB de Secretaria de Salud a los 30 HCB caracterizados, pertenecientes a la Localidad Santafe y Candelaria. Apoyo desde el Perfil de Psicología a la propuesta de trabajo de la Estrategia de Mi Mascota Verde y Yo. Apoyo psicosocial según lineamiento, a las Madres Comunitarias que voluntariamente acceden al servicio psicológico.
5	Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal.	Se realizan las 30 acciones en los HCB caracterizados ubicados en la localidad de Santafe y Candelaria, para la ejecución de las implementanciones contenidas en el Plan de Acción de cada HCB.
6	Diligenciar de manera completa, adecuada, ordenada y legible todos los formatos requeridos en las diferentes intervenciones de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal	Se diligencia y hace entrega de los soportes relacionados con las acciones realizadas, formatos de implementación, listados de asistencia, fichas tecnicas, actas, formato de sesiones colectivas.

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

Alba Astrid Chaparro Pineda.
Firma del Contratista

C.C. 52.545.153 **de** BOGOTA

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

Banco AV Villas

COMPROBANTE PAGO DE PLANILLA ASISTIDA PILA

Número identificación del Aportante / Pin Único	Valor a Pagar $:
52545153	378.500.

Si usted va a realizar el pago con el número de Planilla, diligencie esta sección:

PAGO CON NÚMERO DE PLANILLA

Número de Planilla: 8 4 8 4 5 9 1 2 7 1

Si usted va a realizar el pago con Pin Único, diligencie esta sección:

PAGO CON PIN ÚNICO

Operador de Información: Aportes en Linea.

Periodo de Cotización a Pagar: Año 2018 Mes 10

CAP-PRO-083-V2

ESTIMADO CLIENTE:
VERIFIQUE QUE LA INFORMACIÓN IMPRESA EN EL COMPROBANTE SEA CORRECTA Y QUE EL VALOR REGISTRADO CORRESPONDA AL VALOR ORDENADO POR USTED. EL BANCO NO TENDRÁ COPIA DE ESTE FORMATO. EL SOPORTE DE LA TRANSACCIÓN SERÁ EL REGISTRO EN EL SISTEMA. RECUERDE QUE ÉSTE SERÁ EL ÚNICO SOPORTE FÍSICO DE SU TRANSACCIÓN. CONSERVELO PARA CUALQUIER VERIFICACIÓN.

AVV 009 20181017 13:10 SC2182 LINEA D
VR PAGADO: 378,500.00
NOMBRE:APORTES EN LINEA
CLAVE:8484591271 0
ID:52545153
Fecha Aplicación:20181017 PIN:131055
Estimado cliente: Verifique los datos de su pago. Después de retirarse de la ventanilla no se aceptan reclamos.

FORTECO S.A.

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52545153		CHAPARRO PINEDA ALBA ASTRID	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	diagonal 62g sur 71i-43	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7754960	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-10	2018-10	84591271	8484591271	I	2018/11/15	2018/10/17	BANCO AV VILLAS	0	$378,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$192,000	$0	$0	$192,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$192,000	$0	$0	$192,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$29,300	$0	$0	$29,300
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$29,300	$0	$0	$29,300
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$7,200	$0	$0	$7,200
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$7,200	$0	$0	$7,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$150,000	$0	$0	$150,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$150,000	$0	$0	$150,000
TOTAL				1	$378,500	$0	$0	$378,500

PAGADO

2018/10/17 03:34 PM

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

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTION 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-4397-2018	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:	ALBA ASTRID CHAPARRO PINEDA			C.C.	52.545.153 de: BOGOTA
Fecha Inicio:	2018-07-06	Fecha Terminación Incial:	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				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	JULIO	$ 2.333.325	$ 353.300	8481201644
2	AGOSTO	$ 2.800.000	$ 353.300	8482276545
3	SEPTIEMBRE	$ 3.000.000	$ 378.500	8484007268
4	OCTUBRE	$ 3.000.000	$ 378.500	8484591271
5	NOVIEMBRE	$ 3.000.000	$ 378.500	8484591271
6				
7				
8				
9				
10				
11				
13				
13				
14				
15				
16				
17				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 2.800.000	$ 17.433.333	$ 14.133.325	$ 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 ESE

Relación de actividades para el período: 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
	Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la E.S.E.	Asistencia a las reuniones y asistencias tecnicas convocadas por el espacio Vivienda de la Subred Centrooriente y el Apoyo Profesional de HCB. Implementación de acciones acorde a los lineamientos HCB de Secretaria de Salud a los 30 HCB caracterizados pertenecientes a la Localidad Santafe y Candelaria.
	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.	Se entregan los soportes de las acciones realizadas en el mes de Septiembre de 2018. Asistencia a reuniones y asistencias técnicas relacionadas con la segunda vigencia 2018. Asistencia a la preauditoria con la Profesional de Apoyo del Espacio.
	Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.	Diligenciamiento del cronograma mensual en el que se consignan las actividades programadas durante el mes siguiente acordes a las acciones establecidas en el lineamiento.
	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.	Implementación de acciones acorde a los lineamientos HCB de Secretaria de Salud a los 30 HCB caracterizados, pertenecientes a la Localidad Santafe y Candelaria. Apoyo desde el Perfil de Psicología a la propuesta de trabajo de la Estrategia de Mi Mascota Verde y Yo. Apoyo psicosocial según lineamiento, a las Madres Comunitarias que voluntariamente acceden al servicio psicológico.
	Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal.	Se realizan las 30 acciones en los HCB caracterizados ubicados en la localidad de Santafe y Candelaria, para la ejecución de las implementanciones contenidas en el Plan de Acción de cada HCB.
	Diligenciar de manera completa, adecuada, ordenada y legible todos los formatos requeridos en las diferentes intervenciones de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal	Se diligencia y hace entrega de los soportes relacionados con las acciones realizadas, formatos de implementación, listados de asistencia, fichas tecnicas, actas, formato de sesiones colectivas.

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

Alba Astrid Chaparro Pineda.
Firma del Contratista

C.C. 52.545.153 de BOGOTA

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

Banco AV Villas

COMPROBANTE PAGO DE PLANILLA ASISTIDA PILA

Número identificación del Aportante / Pin Único	Valor a Pagar $:
52545153	378.500.

Si usted va a realizar el pago con el número de Planilla, diligencie esta sección:

PAGO CON NÚMERO DE PLANILLA

Número de Planilla: 8 4 8 4 5 9 1 2 7 1

Si usted va a realizar el pago con Pin Único, diligencie esta sección:

PAGO CON PIN ÚNICO

Operador de Información: Aportes en linea.

Periodo de Cotización a Pagar: Año 2018 Mes 10

AVV 009 20181017 13:10 SC2182 LINEA D
VR. PAGADO: 378,500.00
NOMBRE:APORTES EN LINEA
CLAVE:8484591271 0
ID:52545153
Fecha Aplicación:20181017 PIN:131055
Estimado cliente: Verifique los datos de su pago. Después de retirarse de la ventanilla no se aceptan reclamos.

CAP-PRO-083-V2

ESTIMADO CLIENTE:
VERIFIQUE QUE LA INFORMACIÓN IMPRESA EN EL COMPROBANTE SEA CORRECTA Y QUE EL VALOR REGISTRADO CORRESPONDA AL VALOR ORDENADO POR USTED. EL BANCO NO TENDRÁ COPIA DE ESTE FORMATO. EL SOPORTE DE LA TRANSACCIÓN SERÁ EL REGISTRO EN EL SISTEMA. RECUERDE QUE ESTE SERÁ EL ÚNICO SOPORTE FÍSICO DE SU TRANSACCIÓN. CONSÉRVELO PARA CUALQUIER VERIFICACIÓN.

FORTECO S.A.

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52545153		CHAPARRO PINEDA ALBA ASTRID	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	diagonal 62g sur 71i-43	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7754960	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-10	2018-10	84591271	8484591271	I	2018/11/15	2018/10/17	BANCO AV VILLAS	0	$378,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres		Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)							$1,200,000	$192,000			$1,200,000	$150,000			$1,200,000	$7,200			$1,200,000	$29,300		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)							$1,200,000	$192,000			$1,200,000	$150,000			$1,200,000	$7,200			$1,200,000	$29,300		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)							$1,200,000	$192,000			$1,200,000	$150,000			$1,200,000	$7,200			$1,200,000	$29,300		$0	$0
1	CC	52545153	CHAPARRO ALBA	25-14	30		$1,200,000	$192,000	EPS005	30	$1,200,000	$150,000	CCF24	30	$1,200,000	$7,200	14-7	30	$1,200,000	$29,300	30	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**						$1,200,000	$192,000			$1,200,000	$150,000			$1,200,000	$7,200			$1,200,000	$29,300		$0	$0

PAGADO

2018/10/17 03:34 PM

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52545153		CHAPARRO PINEDA ALBA ASTRID	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	diagonal 62g sur 71i-43	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7754960	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-10	2018-10	84591271	8484591271	I	2018/11/15	2018/10/17	BANCO AV VILLAS	0	$378,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$192,000	$0	$0	$192,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$192,000	$0	$0	$192,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$29,300	$0	$0	$29,300
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$29,300	$0	$0	$29,300
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$7,200	$0	$0	$7,200
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$7,200	$0	$0	$7,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$150,000	$0	$0	$150,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$150,000	$0	$0	$150,000
TOTAL				**1**	**$378,500**	**$0**	**$0**	**$378,500**

PAGADO

2018/10/17 03:34 PM

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

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

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

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS-4397-2018	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:	ALBA ASTRID CHAPARRO PINEDA			C.C.	52.545.153 de BOGOTA
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				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	JULIO	$ 2.333.325	$ 353.300	8481201644
2	AGOSTO	$ 2.800.000	$ 353.300	8482276545
3	SEPTIEMBRE	$ 3.000.000	$ 378.500	8484007268
4	OCTUBRE	$ 3.000.000	$ 378.500	8484591271
5	NOVIEMBRE	$ 3.000.000	$ 378.500	8484591271
6	DICIEMBRE	$ 3.000.000	$ 378.500	8485713321
7				
8				
9				
10				
11				
13				
13				
14				
15				
16				
17				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 2.800.000	$ 17.433.333	$ 17.133.325	$ 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 ESE

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
	Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la E.S.E.	Asistencia a las reuniones y asistencias tecnicas convocadas por el espacio Vivienda de la Subred Centrooriente y el Apoyo Profesional de HCB. Implementación de acciones acorde a los lineamientos HCB de Secretaria de Salud a los 30 HCB caracterizados pertenecientes a la Localidad Santafe y Candelaria.
	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.	Se entregan los soportes de las acciones realizadas en el mes. Asistencia a reuniones y asistencias técnicas relacionadas con la segunda vigencia 2018. Asistencia a la preauditoria con la Profesional de Apoyo del Espacio.
	Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.	Diligenciamiento del cronograma mensual en el que se consignan las actividades programadas durante el mes siguiente acordes a las acciones establecidas en el lineamiento.
	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.	Implementación de acciones acorde a los lineamientos HCB de Secretaria de Salud a los 30 HCB caracterizados, pertenecientes a la Localidad Santafe y Candelaria. Apoyo desde el Perfil de Psicología a la propuesta de trabajo de la Estrategia de Mi Mascota Verde y Yo. Apoyo psicosocial según lineamiento, a las Madres Comunitarias que voluntariamente acceden al servicio psicológico.
	Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal.	Se realizan las 30 acciones en los HCB caracterizados ubicados en la localidad de Santafe y Candelaria, para la ejecución de las implementanciones contenidas en el Plan de Acción de cada HCB.
	Diligenciar de manera completa, adecuada, ordenada y legible todos los formatos requeridos en las diferentes intervenciones de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal	Se diligencia y hace entrega de los soportes relacionados con las acciones realizadas, formatos de implementación, listados de asistencia, fichas tecnicas, actas, formato de sesiones colectivas.

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

Alba Astrid Chaparro Pineda.
Firma del Contratista

C.C. 52.545.153 de BOGOTA

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

2

Banco de Bogotá

NIT. 860.002.964-4

Comprobante de Recaudos

ESPACIO PARA EL TIMBRE

Esta transacción está sujeta a verificación posterior. El (los) cheques(s) depositado(s) se reciben "Salvo buen cobro" de manera que la operación solo se entiende efectiva si el (los) cheque(s) es (son) pagado(s) por el (los) banco(s) librados. En caso de que el (los) cheque(s) sea (sean) devuelto(s) sin pago, esta operación se reversará y el (los) título(s) se entregará(n) por parte del Banco al titular de la cuenta en la que se deposita (ron). En consecuencia, el comprobante de pago que se entrega al depositario timbrado por el Banco, no implica constancia de pago respecto a las sumas no consignadas en efectivo.

El pago con tarjeta Débito/Crédito aplica únicamente para convenios de empresas autorizadas. En caso de inconvenientes comuníquese con la entidad emisora de su tarjeta.

Banco de Bogota - RECAUDO PILA
/060 B0054204 ****5709 T1133
FTx12/12/18 10:37H.N0542 Centro Com
/0181i 84 Aportes en linea
PLANILLA No.0000084857133321
Identificacion52545153
VALOR PLANILLA:378,500.00
Cargo Cuenta No.
Valor Efectivo:378,500.00

Valor $ _____

Verifique que la información impresa en este formato sea correcta

21303332 (CRE_FOR_005 V1 25/10/2016)

Impreso por GRÁFICOS E IMPRESIONES S.A.S NIT: 900812668-9 - Tel: 57-1 7459870 Ext. 216

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52545153		CHAPARRO PINEDA ALBA ASTRID	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	diagonal 62g sur 71i-43	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7754960	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-11	2018-11	8485713321	8485713321	I	2018/12/13	2018/12/12	BANCO BOGOTA	0	$378,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION			SALUD			CCF			RIESGOS			PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,200,000	$192,000			$1,200,000	$150,000			$1,200,000	$7,200			$1,200,000	$29,300		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,200,000	$192,000			$1,200,000	$150,000			$1,200,000	$7,200			$1,200,000	$29,300		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,200,000	$192,000			$1,200,000	$150,000			$1,200,000	$7,200			$1,200,000	$29,300		$0	$0
1	CC 52545153	CHAPARRO ALBA	25-14	30	$1,200,000	$192,000	EPS005	30	$1,200,000	$150,000	CCF24	30	$1,200,000	$7,200	14-7	30	$1,200,000	$29,300	30	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,200,000	$192,000			$1,200,000	$150,000			$1,200,000	$7,200			$1,200,000	$29,300		$0	$0

PAGADO

2018/12/12 10:37 AM

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52545153		CHAPARRO PINEDA ALBA ASTRID	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	diagonal 62g sur 71i-43	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7754960	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-11	2018-11	8485713321	8485713321	I	2018/12/13	2018/12/12	BANCO BOGOTA	0	$378,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$192,000	$0	$0	$192,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$192,000	$0	$0	$192,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$29,300	$0	$0	$29,300
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$29,300	$0	$0	$29,300
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$7,200	$0	$0	$7,200
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$7,200	$0	$0	$7,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$150,000	$0	$0	$150,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$150,000	$0	$0	$150,000
TOTAL				1	$378,500	$0	$0	$378,500

PAGADO

2018/12/12 10:37 AM

43

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 – GESTION 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-4397-2018	**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:	ALBA ASTRID CHAPARRO PINEDA			**C.C.**	52.545.153 **de:** BOGOTA
Fecha Inicio:	2018-07-06	**Fecha Terminación Incial:**	2018-08-05	**Valor Mensual:**	$ 3.000.000 **Valor a cobrar:** $ 3.000.000

ADICIÓN/ OTRO SÍ	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			2019-01-04	2019-03-03
4	$ 6.000.000	8		
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	JULIO	$ 2.333.325	$ 353.300	8481201644
2	AGOSTO	$ 2.800.000	$ 353.300	8482276545
3	SEPTIEMBRE	$ 3.000.000	$ 378.500	8484007268
4	OCTUBRE	$ 3.000.000	$ 378.500	8484591271
5	NOVIEMBRE	$ 3.000.000	$ 378.500	8484591271
6	DICIEMBRE	$ 3.000.000	$ 378.500	8485713321
7	ENERO	$ 3.000.000	$ 378.500	8487763787
8				
9				
10				
11				
13				
13				
14				
15				
16				
17				

Resumen de contrato	VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
	$ 2.800.000	$ 23.433.333	$ 20.133.325	$ 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 ESE

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
	Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la E.S.E.	Asistencia a las reuniones y asistencias tecnicas convocadas por el espacio Vivienda de la Subred Centrooriente y el Apoyo técnico de HCB. Apropiación de lineamientos espacio vivienda - HCB 2019. Reorganización de equipos de HCB y concertación de HCB a abordar con Centro Zonal 2019 y las madres comunitarias.
	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.	Se entregan los soportes de las acciones realizadas en el mes. Asistencia a reuniones y asistencias técnicas relacionadas con la vigencia 2019. Asistencia a la preauditoria con la Profesional de Apoyo del Espacio.
	Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.	Diligenciamiento del cronograma mensual en el que se consignan las actividades programadas durante el mes, acordes a las acciones establecidas en el lineamiento.
	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.	Ejecución de acciones acorde a los lineamientos HCB de Secretaria de Salud en la Localidad Rafael Uribe Uribe Apoyo desde el Perfil de Psicología según disposición del lineamiento al proceso de acercamiento y concertación en Centro Zonal y Madres Comunitarias de os HCBS.
	Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal.	Se realizan Aceramientos y Concertaciones en cada uno de los HCB ubicados en la localidad de Rafael Uribe Uribe, según lineamiento.
	Diligenciar de manera completa, adecuada, ordenada y legible todos los formatos requeridos en las diferentes intervenciones de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal	Se diligencia y hace entrega de los soportes relacionados con las acciones realizadas, formatos, listados de asistencia, actas del mes de Enero de 2019.

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

Alba Astrid Chaparro Pinda.
Firma del Contratista

C.C. 52.545.153 **de** BOGOTA

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

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52545153		CHAPARRO PINEDA ALBA ASTRID	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	diagonal 62g sur 71i-43	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7754960	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-12	2018-12	8487763787	8487763787	I	2019/01/15	2019/01/14	BANCO BOGOTA	0	$378,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$192,000	$0	$0	$192,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$192,000	$0	$0	$192,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$29,300	$0	$0	$29,300
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$29,300	$0	$0	$29,300
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$7,200	$0	$0	$7,200
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$7,200	$0	$0	$7,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$150,000	$0	$0	$150,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$150,000	$0	$0	$150,000
TOTAL				**1**	**$378,500**	**$0**	**$0**	**$378,500**

PAGADO

2019/01/14 11:37 AM

Banco de Bogotá

NIT. 860.002.964-4

Comprobante de Recaudos

ESPACIO PARA EL TIMBRE

Esta transacción está sujeta a verificación posterior. El (los) cheques(s) depositado(s) se reciben "Salvo buen cobro" de manera que la operación solo se entiende efectiva si el (los) cheque(s) es (son) pagado(s) por el (los) banco(s) librados. En caso de que el (los) cheque(s) sea (sean) devuelto(s) sin pago, esta operación se reversará y el (los) título(s) se entregará(n) por parte del Banco al titular de la cuenta en la que se deposita (ron). En consecuencia, el comprobante de pago que se entrega al depositario timbrado por el Banco, no implica constancia de pago respecto a las sumas no consignadas en efectivo.

El pago con tarjeta Débito/Crédito aplica únicamente para convenios de empresas autorizadas. En caso de inconvenientes comuníquese con la entidad emisora de su tarjeta.

Banco de Bogota - RECAUDO PILA
20&u 80031704 ****3285 1497
FTx19/01/19 11:36N.N0317 Of Rec y P
201812 04 Aportes en linea
PLANILLA Nb.0000084877637B7
Identificacion52545153
VALOR PLANILLA:378,500.00
Cargo Cuenta No.
Valor Efectivo:378,500.00

Valor $ _____

Verifique que la información impresa en este formato sea correcta

21303332 (CRE_FOR_005 V1 25/10/2016)

Impreso por GRÁFICOS E IMPRESIONES S.A.S NIT: 900312689-5 - Tel: 57-1 7459970 Ext. 216