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
VERSION: 01
FECHA: 2017-07-07

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	4403	**C.D.P. No.:**	2423	**Proceso al que pertenece:**	PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC
				Unidad a la que pertenece:	SALUD PUBLICA-ESPACIO VIVIENDA

Nombre del Contratista:	Leny Johana Peña Cuestas	**C.C.**	52.861.338	**de:**	Bogotá
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	$ 290.700	84881781670
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 PSICOLOGÍA DESARROLLANDO ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE

Relacion de actividades para el periodo: **Desde:** 2018-07-06 **Hasta:** 2018-07-30

	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 las actividades que se generen directa e indirectamente del objeto contractual en las Unidades de prestacion de servicios asignadas de acuerdo con la programacion de actividades. Colaborar con la SUBRED, para que el objeto del contrato se cumpla. Acatar las instrucciones que durante el desarrollo del contrato imparta la SUBRED a traves del supervisor del contrato
2	2. Apoyar la prestacion de servicios en el PIC, presentando la informacion 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** Seleccion y priorizacion de familias Caracterizacion social y ambiental a traves de diálogo de saberes con la familia Reconocer la cartografía base para el analisis de determinantes estructurales Analizar conjuntamente con la familia las condiciones halladas y establecer prioridades **Plan Familiar Implemnetado** Concertacion del plan familiar. Desarrollar acciones centradas en familia Garantizar la calidad de los servicios ofrecidos (idoneidad humana, moral y tecnica) Cumplir con las Guias, protocolos y procedimientos implementados por la Subred y demas caracteristicas del sistema obligatorio de Garantías de Calidad de la Atención en Salud en el Sistema General de Seguridad Social Realizar las actividades encomendadas relacionadas con las políticas de LA SUBRED respecto al proceso de acreditacion o certificacion en Sistema de Gestion de Calidad Entregar al Supervisor, una vez finalice el contrato los archivos físicos y magnéticos que se hubieren generado durante su ejecucion
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 lineamiento.
4		
5		
8		
9		
10		

Observaciones:

Se anexa certificacion de pago a Salud, pension y ARL
En caso de tener contrato nuevo se debe anexar tambien la certificacion bancaria con la primera cuenta de cobro

Firma del Contratista

C.C. 52 861 338 **de** Bogotá

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	Adrian Cardozo Cruz
CARGO:	Salud 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 52861338		PEÑA CUESTAS LEITY JOHANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KR 52c N 37 45	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5842038	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	8481781670	8481781670	I	2018/07/11	2018/07/18	BANCO BOGOTA	7	$290,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					**$933,330**	**$149,400**			**$933,330**	**$116,700**			**$0**	**$0**			**$933,330**	**$22,800**		**$0**	**$0**
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$933,330	$149,400			$933,330	$116,700			$0	$0			$933,330	$22,800		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$933,330	$149,400			$933,330	$116,700			$0	$0			$933,330	$22,800		$0	$0
1	CC	52861338	PEÑA LEITY	231001	30	$933,330	$149,400	EPS017	30	$933,330	$116,700		0	$0	$0	14-23	30	$933,330	$22,800	0	$0	$0
Total Afiliados(1)						$933,330	$149,400			$933,330	$116,700			$0	$0			$933,330	$22,800		$0	$0

Positiva.

PAGADO

2018/07/18 11:20 AM

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA D.C.,
DISTRITO
CAPITAL,
COLOMBIA,
A quién interese

04/06/2018

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor LEITY JOHANA PEÑA CUESTAS** con **Cédula de Ciudadanía** número **52861338**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**0550474100058079**
Fecha de apertura	**10/01/2014**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO

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: 4403 **C.D.P. No.:** 2423

Proceso al que pertenece: PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC

Unidad a la que pertenece: SALUD PUBLICA-ESPACIO VIVIENDA

Nombre del Contratista: Leity Johana Peña Cuestas **C.C.** 52.861.338 **de:** Bogotá

Fecha Inicio: 2018-07-06 **Fecha Terminación incial:** 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		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	$ 290.700	8481781670
2	AGOSTO	$ 2.800.000	$ 348.000	8482156033
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 PSICOLOGÍA 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:** 2018-08-30

	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 las actividades que se generen directa e indirectamente del objeto contractual en las Unidades de prestación de servicios asignadas de acuerdo con la programación de actividades. Colaborar con la SUBRED, para que el objeto del contrato se cumpla. Acatar las instrucciones que durante el desarrollo del contrato imparta la SUBRED a través 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** Selección y priorización de familias. Caracterización social y ambiental a través de diálogo de saberes con la familia. Reconocer la cartografía base para el análisis de determinantes estructurales. Analizar conjuntamente con la familia las condiciones halladas y establecer prioridades. **Plan Familiar Implemnetado** Concertación del plan familiar. Desarrollar acciones centradas en familia Garantizar la calidad de los servicios ofrecidos (idoneidad humana, moral y técnica). Cumplir con las Guías, protocolos y procedimientos implementados por la Subred y demás características del sistema obligatorio de Garantías de Calidad de la Atención en Salud en el Sistema General de Seguridad Social. Realizar las actividades encomendadas relacionadas con las políticas de LA SUBRED respecto al proceso de acreditación y certificación en Sistema de Gestión de Calidad. Entregar al Supervisor, una vez finalice el contrato los archivos físicos y magnéticos que se hubieren generado durante su ejecución
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 lineamiento
4		
5		
8		
9		
10		

Observaciones:

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

Firma del Contratista

C.C. 52.861.338 **de** Bogotá

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

en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	e Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52861338			PRINCIPAL	KR 52c N 37 45	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5842038	No

DATOS GENERALES

Period		Fecha		Pago			
Pensión		Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor	
2018-		2018/08/10	2018/08/15	BANCO BOGOTA	5	$348,000	

	SALUD		CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
	$1,120,000	$140,000			$0	$0			$1,120,000	$27,300		$0	$0
	$1,120,000	$140,000			$0	$0			$1,120,000	$27,300		$0	$0
	120,000	$140,000			$0	$0			$1,120,000	$27,300		$0	$0
	0,000	$140,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,120,000	$27,300	0	$0	$0
	0	$140,000			$0	$0			$1,120,000	$27,300		$0	$0

Cen
Ciudad:
1 CC
Total

Impreso por GRAFICOS E IMPRESIONES S.A.S NIT 900617666-9 - Tel: 57-1-7456670 Ext: 216

Banco de Bogotá

NIT. 860.002.964-4

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 depositó (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 FILA
2060 B0002104 ***2598 T547
FIX15/08/18 11:00H-M0021 Vainte de
201808 89 Aportes en Linea 8421156033
PLANILLA NO.0000084215603
Identificacion52861338
VALOR PLANILLA:348,000.00
Cargo Cuenta No.
Valor Efectivo:348,000.00

Comprobante de Recaudos

ESPACIO PARA EL TIMBRE

Verifique que la información impresa en este formato sea correcta

Valor $ 348,000

21303332 (CRE_FOR_005 V1 25/10/2016)

2018/08/15 11:01 AM

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 52861338		PEÑA CUESTAS LEITY JOHANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KR 52c N 37 45	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5842038	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	8482156033	8482156033	I	2018/08/10	2018/08/15	BANCO BOGOTA	5	$348,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$179,200	$700	$0	$179,900
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$179,200	$700	$0	$179,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$27,300	$200	$0	$27,500
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$27,300	$200	$0	$27,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$140,000	$600	$0	$140,600
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$140,000	$600	$0	$140,600
TOTAL				1	$346,500	$1,500	$0	$348,000

PAGADO

2018/08/15 11:01 AM

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

PRORROGA No. 1 AL CONTRATO No. PS 4403 2018 SUSCRITO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y LEITY JOHANA PEÑA CUESTAS con C.C No. 52.861.338

Entre los suscritos a saber, por una parte, **LUIS FERNANDO PINEDA ÁVILA**, mayor de edad, domiciliado y residente en la ciudad de Bogotá, identificado con cédula de ciudadanía 79.269.492 de Bogotá D.C., en su calidad de **Ordenador del Gasto** de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E, con Nit. 900959051–7, de conformidad con la delegación conferida a través de la Resolución No. 284 del veintisiete (27) de junio de dos mil dieciocho (2018) expedida por la Gerente, quien en adelante se denominará la **SUBRED** y por otra parte **LEITY JOHANA PEÑA CUESTAS,** también mayor de edad, identificado (a) con cédula de ciudadanía **No. 52.861.338**, quien en adelante se denominará **EL CONTRATISTA,** hemos convenido celebrar la presente prórroga previa las siguientes consideraciones: **1)** Que, la contratación de las Empresas Sociales del Estado se rige por el Derecho Privado, de conformidad con el numeral 6 del artículo 195 de la Ley 100 de 1993, el Acuerdo 27 de 2017- Estatuto de Contratación y Resolución 794 de 2017- Manual de contratación de la Subred. **2.)** Que con fecha 06 DE JULIO DE 2018, se suscribió el contrato de prestación de servicios No. PS 4403 2018, cuyo objeto consiste en "_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.. **3)** Que el plazo de ejecución se pactó hasta el 5 DE AGOSTO DE 2018. **4)** Que el valor del contrato se pactó en la suma de DOS MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS M/CTE ($2.800.000.oo). **5.)** Que con base en las disposiciones de la Resolución 794 de 2017- Manual de contratación de la Subred vigente, numeral 3.2.3 Inciso tercero: *"Los contratos de prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión, podrán adicionarse cuantas veces sea necesario, dentro de la misma vigencia fiscal, siempre y cuando el objeto del Contrato no sea modificado. No obstante, las adiciones no superaran el mes de enero del siguiente año".* **6)** Que, conforme a lo dispuesto en el parágrafo de la cláusula décima segunda del contrato, la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E queda facultada para prorrogar cuantas veces sea necesario dentro de los doce (12) meses siguientes a la suscripción del contrato siempre que exista una justificación que la soporte y las condiciones del mismo lo permitan. **7)** Que, la Subred solicita para dar cumplimiento a las actividades establecidas y contenidas en los lineamientos del contrato del plan de intervenciones colectivas ps pic n.466100-2018 con vigencia julio a diciembre del 2018 y suscrito entre el fondo financiero distrital y la subred integrada de servicios de salud centro oriente E.S.E.. En virtud de las anteriores consideraciones, las partes suscribe la presente prórroga que se regirá por las siguientes Cláusulas: **CLAUSULA PRIMERA**: Prorrogar el plazo de ejecución por UN (1) MES. **CLÁUSULA SEGUNDA: VIGENCIA DE LAS DEMÁS CLÁUSULAS:** La presente prórroga sólo surte efectos en el clausulado que se modifica, las demás estipulaciones continúan vigentes y sin modificaciones. Para constancia se firma en la ciudad de Bogotá, D.C., el 5 DE AGOSTO DE 2018.

POR LA SUBRED

LUIS FERNANDO PINEDA ÁVILA
SUBGERENTE DE SERVICIOS DE SALUD

POR EL CONTRATISTA

LEITY JOHANA PEÑA CUESTAS
C.C. No. 52.861.338

Las actuaciones de los Usuarios en el SECOP II comprometen a la Entidad Estatal o al Proveedor del cual son agentes. La autenticación del SECOP II, es decir, el nombre de usuario y la contraseña constituyen una firma electrónica en los términos del artículo 7 de la Ley 527 de 1999 y las normas que la reglamentan.

Los abajo firmantes, certifican que hicieron revisión de este documento y que la información ha sido suficientemente evaluada, revisada y aprobada.

Elaboró: Yanessa Lilchyn – Apoyo Administrativo Dirección Contratación OPS

4403

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:	4403	**C.D.P. No.:**	2423	**Proceso al que pertenece:**	PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC
				Unidad a la que pertenece:	SALUD PUBLICA-ESPACIO VIVIENDA

Nombre del Contratista: Leity Johana Peña Cuestas **C.C.** 52.861.338 **de:** Bogotá

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	$ 290.700	8481781670
2	AGOSTO	$ 2.800.000	$ 348.000	8482156033
3	SEPTIEMBRE	$ 3.000.000	$ 371.300	8483988177
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 PSICOLOGÍA 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	1. Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE	Desarrollar las actividades que se generen directa e indirectamente del objeto contractual en las Unidades de prestación de servicios asignadas de acuerdo con la programación de actividades. Colaborar con la SUBRED, para que el objeto del contrato se cumpla. Acatar las instrucciones que durante el desarrollo del contrato imparta la SUBRED a través 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** Selección y priorización de familias. Caracterización social y ambiental a través de diálogo de saberes con la familia. Reconocer la cartografía base para el análisis de determinantes estructurales. Analizar conjuntamente con la familia las condiciones halladas y establecer prioridades. **Plan Familiar Implemnetado** Concertación del plan familiar. Desarrollar acciones centradas en familia Garantizar la calidad de los servicios ofrecidos (idoneidad humana, moral y técnica). Cumplir con las Guías, protocolos y procedimientos implementados por la Subred y demás caracteristicas del sistema obligatorio de Garantías de Calidad de la Atención en Salud en el Sistema General de Seguridad Social. Realizar las actividades encomendadas relacionadas con las políticas de LA SUBRED respecto al proceso de acreditación y certificación en Sistema de Gestión de Calidad. Entregar al Supervisor, una vez finalice el contrato los archivos físicos y magnéticos que se hubieren generado durante su ejecución
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 apropiación conceptual de los lineamientos suministrados por SDS
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.	Diligenciamiento del cronograma mensualmente en el que se consignan las actividades programadas durante el mes siguiente acordes a las acciones establecidas en el lineamiento.
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 gestión de riesgo, según anexos operativos dados por los lineamientos
8	6. Diligenciar de manera completa, adcuada, 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.	Entrega oportuna, completa y ordenada de formato requerido según acción integrada.
9		
10		

Observaciones:

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

Firma del Contratista

C.C. 52.861.338 **de** Bogotá

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

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52861338		PEÑA CUESTAS LEITY JOHANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KR 52c N 37 45	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5842038	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	8483988177	8483988177	I	2018/10/09	2018/09/19	BANCO BOGOTA	0	$371,300

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			$0	$0			$1,200,000	$29,300		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,200,000	$192,000			$1,200,000	$150,000			$0	$0			$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			$0	$0			$1,200,000	$29,300		$0	$0
1	CC 52861338	PEÑA LEITY	231001	30	$1,200,000	$192,000	EPS017	30	$1,200,000	$150,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,200,000	$29,300	0	$0	$0
Total Afiliados(1)					$1,200,000	$192,000			$1,200,000	$150,000			$0	$0			$1,200,000	$29,300		$0	$0

PAGADO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52861338		PEÑA CUESTAS LEITY JOHANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KR 52c N 37 45	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5842038	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	8483988177	8483988177	I	2018/10/09	2018/09/19	BANCO BOGOTA	0	$371,300

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
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$192,000	$0	$0	$192,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$29,300	$0	$0	$29,300
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$29,300	$0	$0	$29,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$150,000	$0	$0	$150,000
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$150,000	$0	$0	$150,000
TOTAL				**1**	**$371,300**	**$0**	**$0**	**$371,300**

PAGADO

2018/09/19 02:50 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

4403

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

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	4403	**C.D.P. No.:**	2423	**Proceso al que pertenece:**	PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC
				Unidad a la que pertenece:	SALUD PUBLICA-ESPACIO VIVIENDA

Nombre del Contratista: Lesty Johana Peña Cuestas **C.C.** 52.861.338 **de:** Bogotá

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	$ 290.700	8481781670
2	AGOSTO	$ 2.800.000	$ 348.000	8482156033
3	SEPTIEMBRE	$ 3.000.000	$ 371.300	8483988177
4	OCTUBRE	$ 3.000.000	$ 371.300	8483988177
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 PSICOLOGÍA 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:** 2018-10-30

	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 las actividades que se generen directa e indirectamente del objeto contractual en las Unidades de prestación de servicios asignadas de acuerdo con la programación de actividades. Colaborar con la SUBRED, para que el objeto del contrato se cumpla. Acatar las instrucciones que durante el desarrollo del contrato imparta la SUBRED a través 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** Selección y priorización de familias. Caracterización social y ambiental a través de diálogo de saberes con la familia. Reconocer la cartografía base para el análisis de determinantes estructurales. Analizar conjuntamente con la familia las condiciones halladas y establecer prioridades. **Plan Familiar Implemnetado** Concertación del plan familiar. Desarrollar acciones centradas en familia Garantizar la calidad de los servicios ofrecidos (idoneidad humana, moral y técnica). Cumplir con las Guías, protocolos y procedimientos implementados por la Subred y demás características del sistema obligatorio de Garantías de Calidad de la Atención en Salud en el Sistema General de Seguridad Social. Realizar las actividades encomendadas relacionadas con las políticas de LA SUBRED respecto al proceso de acreditación y certificación en Sistema de Gestión de Calidad. Entregar al Supervisor, una vez finalice el contrato los archivos físicos y magnéticos que se hubieren generado durante su ejecución
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 apropiación conceptual de los lineamientos suministrados por SDS
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.	Diligenciamiento del cronograma mensualmente en el que se consignan las actividades programadas durante el mes siguiente acordes a las acciones establecidas en el lineamiento.
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 gestión de riesgo, según anexos operativos dados por los lineamientos
8	6. Diligenciar de manera completa, adcuada, 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.	Entrega oportuna, completa y ordenada de formato requerido según acción integrada.
9		
10		

Observaciones:

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

Firma del Contratista

C.C. 52.861.338 **de** Bogotá

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 52861338		PEÑA CUESTAS LEITY JOHANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KR 52c N 37 45	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5842038	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	8483988177	8483988177	I	2018/10/09	2018/09/19	BANCO BOGOTA	0	$371,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
1	CC	52861338	PEÑA CUESTAS LEITY JOHANA	231001	30	$1,200,000	$192,000	EPS017	30	$1,200,000	$150,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,200,000	$29,300	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$1,200,000	$192,000			$1,200,000	$150,000			$0	$0			$1,200,000	$29,300		$0	$0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$192,000	$0	$0	$192,000
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$192,000	$0	$0	$192,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$29,300	$0	$0	$29,300
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$29,300	$0	$0	$29,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$150,000	$0	$0	$150,000
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$150,000	$0	$0	$150,000
TOTAL				1	$371,300	$0	$0	$371,300

PAGADO

2018/10/17 01:20 PM

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL

CONSTANCIA POR PÉRDIDA DE DOCUMENTOS Y/O ELEMENTOS

Se expide el: miércoles, 17 de octubre de 2018 **Consecutivo Nro.:** **5286133824058825**

La Policía Nacional de Colombia Certifica que el día 17/10/2018, a las 1:57 p. m. el(La) señor(a) LEITY JOHANA PEÑA CUESTAS identificado(a) con 7 No. 52861338, reportó el extravío del(los) documento(s) o elemento(s) relacionado(s) a continuación:

Tipo documento/elemento	Número	Descripción	Marca	Modelo
Factura	8483988177	RECIBO DE PAGO DE PLANILLA		

La presente constancia se puede verificar en www.policia.gov.co mediante el número de consecutivo 5286133824058825.

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

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
VERSION: 01
FECHA: 2017-07-07

4403

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	4403	**C.D.P. No.:**	2423

Proceso al que pertene: PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC

Unidad a la que perten: SALUD PUBLICA-ESPACIO VIVIENDA

Nombre del Contratista: Leity Johana Peña Cuestas **C.C.** 52,861,338 **de:** Bogotá

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	2018-11-01	
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 RECIBIDO	NUMERO DE PLANILLA
1	JULIO	$ 2,333,325	$ 290,700	8481781670
2	AGOSTO	$ 2,800,000	$ 348,000	8482156033
3	SEPTIEMBRE	$ 3,000,000	$ 371,300	8483988177
4	OCTUBRE	$ 3,000,000	$ 371,300	8483988177
5	EXTRAS SEPTIEMBRE	$ 391,304	$ 50,200	8486113135 - 8483988177
6	EXTRAS OCTUBRE	$ 1,173,913	$ 519,400	8486115488
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	$ 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 PSICOLOGÍA 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 pe: **Desde:** 2018-09-01 **Hasta:** 2018-10-30

	OBLIGACIONES ESPECIFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCION DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACION
1	1. Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE	Desarrollar las actividades que se generen directa e indirectamente del objeto contractual en las Unidades de prestación de servicios asignadas de acuerdo con la programación de actividades. Colaborar con la SUBRED, para que el objeto del contrato se cumpla. Acatar las instrucciones que durante el desarrollo del contrato imparta la SUBRED a través 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** Selección y priorización de familias definidas por SDS. (7 familias) Preparación delas familias (7 familias) Caracterización social y ambiental a través de diálogo de saberes con la familia. (7 familias) Reconocer la cartografia base para el análisis de determinantes estructurales. (7 familias) Analizar conjuntamente con la familia las condiciones halladas y establecer prioridades. (7 familias) **Plan Familiar Implementado** Concertación del plan familiar.(7 Familias) Desarrollar acciones centradas en familia (7 familias) Garantizar la calidad de los servicios ofrecidos (idoneidad humana, moral y técnica). Cumplir con las Guías, protocolos y procedimientos implementados por la Subred y demás caracteristicas del sistema obligatorio de Garantías de Calidad de la Atención en Salud en el Sistema General de Seguridad Social. Realizar las actividades encomendadas relacionadas con las políticas de LA SUBRED respecto al proceso de acreditación y certificación en Sistema de Gestión de Calidad. Entregar al Supervisor, una vez finalice el contrato los archivos físicos y magnéticos que se hubieren generado durante su ejecución
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 apropiación conceptual de los lineamientos suministrados por SDS
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.	Diligenciamiento del cronograma mensualmente en el que se consignan las actividades programadas durante el mes siguiente acordes a las acciones establecidas en el lineamiento.
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 gestión de riesgo, según anexos operativos dados por los lineamientos
6	6. Diligenciar de manera completa, adcuada, 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.	Entrega oportuna, completa y ordenada de formato requerido según acción integrada.
9		
10		

Observaciones:

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

Firma del Contratista

C.C. 52,861,338 **de** Bogotá

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATO	
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 52861338		PEÑA CUESTAS LEITY JOHANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KR 52c N 37 45	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5842038	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	387539601	8486113135	N	2018/10/09	2018/11/20	BANCOLOMBIA	42	$50,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
1	CC	52861338	PEÑA CUESTAS LEITY JOHANA	231001	30	($1,200,000)	($192,000)	EPS017	30	($1,200,000)	($150,000)		0	$0	$0	14-23	30	($1,200,000)	($29,300)	0	$0	$0
2	CC	52861338	PEÑA CUESTAS LEITY JOHANA	231001	30	$1,356,521	$217,100	EPS017	30	$1,356,521	$169,600		0	$0	$0	14-23	30	$1,356,521	$33,100	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$156,521	$25,100			$156,521	$19,600			$0	$0			$156,521	$3,800		$0	$0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$25,100	$800	$0	$25,900
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$25,100	$800	$0	$25,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$3,800	$200	$0	$4,000
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$3,800	$200	$0	$4,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$19,600	$700	$0	$20,300
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$19,600	$700	$0	$20,300
TOTAL				**1**	**$48,500**	**$1,700**	**$0**	**$50,200**

PAGADO

2018/11/20 02:11 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 52861338		PEÑA CUESTAS LEITY JOHANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KR 52c N 37 45	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5842038	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	8483988177	8483988177	I	2018/10/09	2018/09/19	BANCO BOGOTA	0	$371,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
1	CC	52861338	PEÑA CUESTAS LEITY JOHANA	231001	30	$1,200,000	$192,000	EPS017	30	$1,200,000	$150,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,200,000	$29,300	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$1,200,000	$192,000			$1,200,000	$150,000			$0	$0			$1,200,000	$29,300		$0	$0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$192,000	$0	$0	$192,000
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$192,000	$0	$0	$192,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$29,300	$0	$0	$29,300
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$29,300	$0	$0	$29,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$150,000	$0	$0	$150,000
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$150,000	$0	$0	$150,000
TOTAL				**1**	**$371,300**	**$0**	**$0**	**$371,300**

PAGADO

2018/11/20 02:06 PM

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL

CONSTANCIA POR PÉRDIDA DE DOCUMENTOS Y/O ELEMENTOS

Se expide el: martes, 20 de noviembre de 2018 **Consecutivo Nro.:** **5286133824442574**

La Policía Nacional de Colombia Certifica que el día 20/11/2018, a las 3:10 p. m. el(La) señor(a) LEITY JOHANA PEÑA CUESTAS identificado(a) con 7 No. 52861338, reportó el extravío del(los) documento(s) o elemento(s) relacionado(s) a continuación:

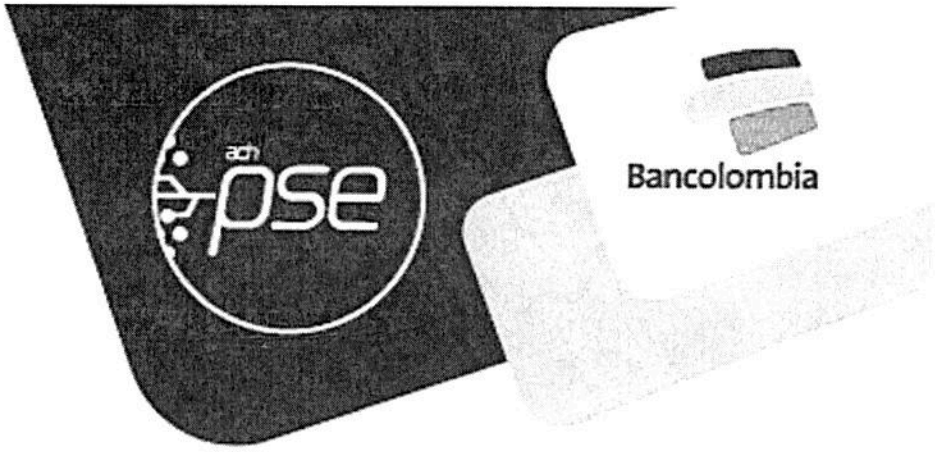
Tipo documento/elemento	Número	Descripción	Marca	Modelo
Factura	8483988177	planilla de pago de aportes		

La presente constancia se puede verificar en www.policia.gov.co mediante el número de consecutivo 5286133824442574.

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

Comprobante

de pago en línea



APORTES EN LINEA

Pago realizado por: LEITY JOHANA PEÑA CUESTAS

Nro. de recibo: 8486113135

Descripción del pago: Pago de la Planilla de aportes con clave: 8486113135

Identificación del contribuyente: 190.253.152.4

Concepto: CC

Razón Social: 52861338

Fecha y hora de la transacción: Martes 20 de Noviembre de 2018 12:09:33 PM

Nro. de comprobante: 0000012417

Valor pagado: $ 50,200.00

Cuenta: *******7194

Bancolombia S.A.

Comuníquese con nuestra Sucursal Telefónica Bancolombia: Bogotá 343 0000 - Medellín 510 9000 - Cali 554 0505 - Barranquilla 361 8888 - Cartagena 693 4400 - Bucaramanga 697 2525 - Pereira 340 1213 - El resto del país 01 800 09 12345 - Sucursales Telefónicas en el exterior: España 900 995 717 - Estados Unidos 1866 379 9714, en caso de recibir una alerta o notificación de una transacción que presenta alguna irregularidad.

Bancolombia nunca le solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com

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 52861338		PEÑA CUESTAS LEITY JOHANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KR 52c N 37 45	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5842038	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	387537761	8486115488	I	2018/11/13	2018/11/20	BANCOLOMBIA	7	$519,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
1	CC	52861338	PEÑA CUESTAS LEITY JOHANA	231001	30	$1,669,565	$267,200	EPS017	30	$1,669,565	$208,700		0	$0	$0	14-23	30	$1,669,565	$40,700	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$1,669,565	$267,200			$1,669,565	$208,700			$0	$0			$1,669,565	$40,700		$0	$0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$267,200	$1,400	$0	$268,600
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$267,200	$1,400	$0	$268,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$40,700	$300	$0	$41,000
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$40,700	$300	$0	$41,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,700	$1,100	$0	$209,800
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$208,700	$1,100	$0	$209,800
TOTAL				1	$516,600	$2,800	$0	$519,400

PAGADO

2018/11/20 02:00 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: 4403 **C.D.P. No.:** 2423 **Proceso al que pertenece:** PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC

Unidad a la que pertenece: SALUD PUBLICA-ESPACIO VIVIENDA

Nombre del Contratista: Leity Johana Peña Cuestas **C.C.** 52.861.338 **de:** Bogotá

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	$ 3.913.043	3622	2018-11-01	
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	$ 290.700	8481781670
2	AGOSTO	$ 2.800.000	$ 348.000	8482156033
3	SEPTIEMBRE	$ 3.000.000	$ 371.300	8483988177
4	OCTUBRE	$ 3.000.000	$ 371.300	8483988177
5	EXTRAS SEPTIEMBRE	$ 391.304	$ 50.200	8486113135 - 8483988177
6	EXTRAS OCTUBRE	$ 1.173.913	$ 519.400	8486115488
7	NOVIEMBRE	$ 3.000.000	$ 519.400	8486115488
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 2.800.000	$ 21.346.376	$ 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 PSICOLOGÍA 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:** 2018-11-01 **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 las actividades que se generen directa e indirectamente del objeto contractual en las Unidades de prestación de servicios asignadas de acuerdo con la programación de actividades. Colaborar con la SUBRED, para que el objeto del contrato se cumpla. Acatar las instrucciones que durante el desarrollo del contrato imparta la SUBRED a través 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** Selección y priorización de familias. Caracterización social y ambiental a través de diálogo de saberes con la familia. Reconocer la cartografía base para el análisis de determinantes estructurales. Analizar conjuntamente con la familia las condiciones halladas y establecer prioridades. **Plan Familiar Implementado** Concertación del plan familiar. Desarrollar acciones centradas en familia Garantizar la calidad de los servicios ofrecidos (idoneidad humana, moral y técnica). Cumplir con las Guías, protocolos y procedimientos implementados por la Subred y demás características del sistema obligatorio de Garantías de Calidad de la Atención en Salud en el Sistema General de Seguridad Social. Realizar las actividades encomendadas relacionadas con las políticas de LA SUBRED respecto al proceso de
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 apropiación conceptual de los lineamientos suministrados por SDS
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.	Diligenciamiento del cronograma mensualmente en el que se consignan las actividades programadas durante el mes siguiente acordes a las acciones establecidas en el lineamiento.
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 gestión de riesgo, según anexos operativos dados por los lineamientos
8	6. Diligenciar de manera completa, adcuada, 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.	Entrega oportuna, completa y ordenada de formato requerido según acción integrada.
9		
10		

Observaciones:

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

Firma del Contratista

C. C. 52.861.338 **de** Bogotá

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 52861338		PEÑA CUESTAS LEITY JOHANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KR 52c N 37 45	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5842038	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	387537761	8486115488	I	2018/11/13	2018/11/20	BANCOLOMBIA	7	$519,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
1	CC	52861338	PEÑA CUESTAS LEITY JOHANA	231001	30	$1,669,565	$267,200	EPS017	30	$1,669,565	$208,700		0	$0	$0	14-23	30	$1,669,565	$40,700	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					**$1,669,565**	**$267,200**			**$1,669,565**	**$208,700**			**$0**	**$0**			**$1,669,565**	**$40,700**		**$0**	**$0**

RESUMEN DE PAGO

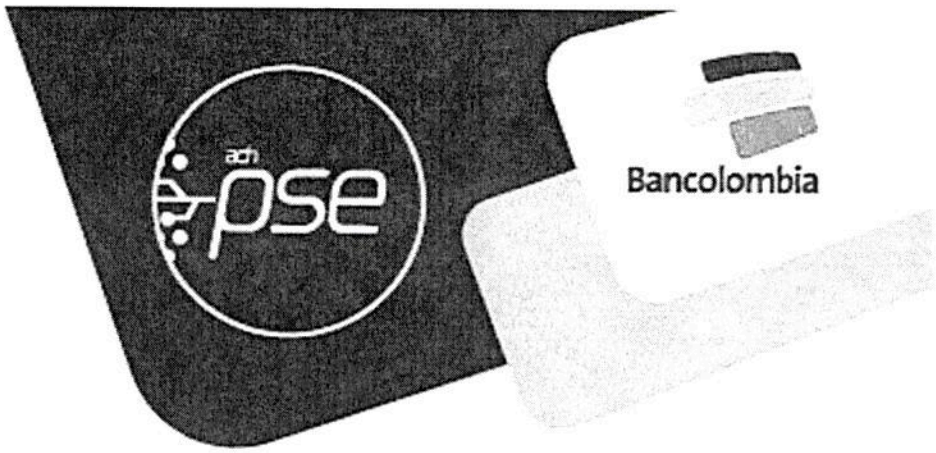
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$267,200	$1,400	$0	$268,600
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$267,200	$1,400	$0	$268,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$40,700	$300	$0	$41,000
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$40,700	$300	$0	$41,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,700	$1,100	$0	$209,800
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$208,700	$1,100	$0	$209,800
TOTAL				**1**	**$516,600**	**$2,800**	**$0**	**$519,400**

PAGADO

2018/11/20 02:00 PM

Comprobante

de pago en línea



APORTES EN LINEA

Pago realizado por: LEITY JOHANA PEÑA CUESTAS

Nro. de recibo: 8486115488

Descripción del pago: Pago de la Planilla de aportes con clave: 8486115488

Identificación del contribuyente: 190.253.152.4

Concepto: CC

Razón Social: 52861338

Fecha y hora de la transacción: Martes 20 de Noviembre de 2018 12:05:25 PM

Nro. de comprobante: 0000085913

Valor pagado: $ 519,400.00

Cuenta: *******7194

Bancolombia S.A.

Comuníquese con nuestra Sucursal Telefónica Bancolombia: Bogotá 343 0000 - Medellín 510 9000 - Cali 554 0505 - Barranquilla 361 8888 - Cartagena 693 4400 - Bucaramanga 697 2525 - Pereira 340 1213 - El resto del país 01 800 09 12345 - Sucursales Telefónicas en el exterior: España 900 995 717 - Estados Unidos 1866 379 9714, en caso de recibir una alerta o notificación de una transacción que presenta alguna irregularidad.

Bancolombia nunca le solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com

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
VERSION: 01
FECHA: 2017-07-07

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	4403	**C.D.P. No.:**	2423	**Proceso al que pertenece:**	PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC
				Unidad a la que pertenece:	SALUD PUBLICA-ESPACIO VIVIENDA

Nombre del Contratista: Leity Johana Peña Cuestas **C.C.** 52.861.338 **de** Bogotá

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	$ 11.633.333	2857	2018-09-06	2019-01-03
3	$ 3.913.043	3622	2018-11-01	
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	$ 290.700	8481781670
2	AGOSTO	$ 2.800.000	$ 348.000	8482156033
3	SEPTIEMBRE	$ 3.000.000	$ 371.300	8483988177
4	OCTUBRE	$ 3.000.000	$ 371.300	8483988177
5	EXTRAS SEPTIEMBRE	$ 391.304	$ 50.200	8486113135 - 8483988177
6	EXTRAS OCTUBRE	$ 1.173.913	$ 519.400	8486115488
7	NOVIEMBRE	$ 3.000.000	$ 519.400	8486115488
8	EXTRAS NOVIEMBRE	$ 1.173.913	$ 517.600	8486931930
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Resumen de contrato	VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
	$ 2.800.000	$ 21.346.376	$ 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 PSICOLOGÍA 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:** 2018-11-01 **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 las actividades que se generen directa e indirectamente del objeto contractual en las Unidades de prestación de servicios asignadas de acuerdo con la programación de actividades. Colaborar con la SUBRED, para que el objeto del contrato se cumpla. Acatar las instrucciones que durante el desarrollo del contrato imparta la SUBRED a través 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** Selección y priorización de familias definidas por SDS. (5 familias adicionales) Preparación delas familias (5 familias adicionales) Caracterización social y ambiental a través de diálogo de saberes con la familia. (5 familias adicionales) Reconocer la cartografía base para el análisis de determinantes estructurales. (5 familias adicionales) Analizar conjuntamente con la familia las condiciones halladas y establecer prioridades. (5 familias adicionales) **Plan Familiar Implementado** Concertación del plan familiar.(5 Familias adicionales) Desarrollar acciones centradas en familia (5 familias adicionales) Garantizar la calidad de los servicios ofrecidos (idoneidad humana, moral y técnica). Cumplir con las Guías, protocolos y procedimientos implementados por la Subred y demás características del sistema obligatorio de Garantías de Calidad de la Atención en Salud en el Sistema General de Seguridad Social. Realizar las actividades encomendadas relacionadas con las políticas de LA SUBRED respecto al proceso de acreditación y certificación en Sistema de Gestión de Calidad. Entregar al Supervisor, una vez finalice el contrato los archivos físicos y magnéticos que se hubieren generado durante su ejecución
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 apropiación conceptual de los lineamientos suministrados por SDS
4	4. Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento contínuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estándares de habilitación y acreditación de servicios de	Diligenciamiento del cronograma mensualmente en el que se consignan las actividades programadas durante el mes siguiente acordes a las acciones establecidas en el lineamiento.
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 gestión de riesgo, según anexos operativos dados por los lineamientos
8	6. Diligenciar de manera completa, adcuada, 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	Entrega oportuna, completa y ordenada de formato requerido según acción integrada.
9		
10		

Observaciones:

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

Leity Peña
Firma del Contratista

C. C. 52.861.338 **de** Bogotá

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 52861338		PEÑA CUESTAS LEITY JOHANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KR 52c N 37 45	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5842038	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	395193479	8486931930	I	2018/12/11	2018/12/14	BANCOLOMBIA	3	$517,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
1	CC	52861338	PEÑA CUESTAS LEITY JOHANA	231001	30	$1,669,565	$267,200	EPS017	30	$1,669,565	$208,700		0	$0	$0	14-23	30	$1,669,565	$40,700	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$1,669,565	$267,200			$1,669,565	$208,700			$0	$0			$1,669,565	$40,700		$0	$0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$267,200	$600	$0	$267,800
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$267,200	$600	$0	$267,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$40,700	$100	$0	$40,800
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$40,700	$100	$0	$40,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,700	$500	$0	$209,200
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$208,700	$500	$0	$209,200
TOTAL				**1**	**$516,600**	**$1,200**	**$0**	**$517,800**

PAGADO

2018/12/14 08:08 AM

Comprobante

de pago en línea



APORTES EN LINEA

Pago realizado por: LEITY JOHANA PEÑA CUESTAS

Nro. de recibo: 8486931930

Descripción del pago: Pago de la Planilla de aportes con clave: 8486931930

Identificación del contribuyente: 167.0.173.237

Concepto: CC

Razón Social: 52861338

Fecha y hora de la transacción: Viernes 14 de Diciembre de 2018 07:42:39 AM

Nro. de comprobante: 0000054103

Valor pagado: $ 517,800.00

Cuenta: *******7194

Bancolombia S.A.

Comuníquese con nuestra Sucursal Telefónica Bancolombia: Bogotá 343 0000 - Medellín 510 9000 - Cali 554 0505 - Barranquilla 361 8888 - Cartagena 693 4400 - Bucaramanga 697 2525 - Pereira 340 1213 - El resto del país 01 800 09 12345 - Sucursales Telefónicas en el exterior: España 900 995 717 - Estados Unidos 1866 379 9714, en caso de recibir una alerta o notificación de una transacción que presenta alguna irregularidad.

Bancolombia nunca le solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com

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:	4403	**C.D.P. No.:**	2423	**Proceso al que pertenece:**	PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC
				Unidad a la que pertenece:	SALUD PUBLICA-ESPACIO VIVIENDA

Nombre del Contratista: Leity Johana Peña Cuestas **C.C.** 52.861.338 **de** Bogotá

Fecha Inicio: 2018-07-06 **Fecha Terminación incial:** 2018-08-05 **Valor Mensual:** $ 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	2018-11-01	
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	$ 290.700	8481781670
2	AGOSTO	$ 2.800.000	$ 348.000	8482156033
3	SEPTIEMBRE	$ 3.000.000	$ 371.300	8483988177
4	OCTUBRE	$ 3.000.000	$ 371.300	8483988177
5	EXTRAS SEPTIEMBRE	$ 391.304	$ 50.200	8486113135 - 8483988177
6	EXTRAS OCTUBRE	$ 1.173.913	$ 519.400	8486115488
7	NOVIEMBRE	$ 3.000.000	$ 519.400	8486115488
8	EXTRAS NOVIEMBRE	$ 1.173.913	$ 517.800	8486931930
9	EXTRAS DICIEMBRE	$ 1.173.913	$ 517.800	8486931930
10	DICIEMBRE	$ 3.000.000	$ 517.800	8486931930
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	$ 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 PSICOLOGÍA 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
1	1. Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE	Desarrollar las actividades que se generen directa e indirectamente del objeto contractual en las Unidades de prestación de servicios asignadas de acuerdo con la programación de actividades. Colaborar con la SUBRED, para que el objeto del contrato se cumpla. Acatar las instrucciones que durante el desarrollo del contrato imparta la SUBRED a través 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** Selección y priorización de familias definidas por SDS. (5 familias adicionales) Preparación delas familias (5 familias) Caracterización social y ambiental a través de diálogo de saberes con la familia. (5 familias adicionales) Reconocer la cartografía base para el análisis de determinantes estructurales. (5 familias adicionales) Analizar conjuntamente con la familia las condiciones halladas y establecer prioridades. (5 familias adicionales) **Plan Familiar Implementado** Concertación del plan familiar.(5 Familias adicionales) Desarrollar acciones centradas en familia (5 familias adicionales) Garantizar la calidad de los servicios ofrecidos (idoneidad humana, moral y técnica). Cumplir con las Guías, protocolos y procedimientos implementados por la Subred y demás características del sistema obligatorio de Garantías de Calidad de la Atención en Salud en el Sistema General de Seguridad Social. Realizar las actividades encomendadas relacionadas con las políticas de LA SUBRED respecto al proceso de acreditación y certificación en Sistema de Gestión de Calidad. Entregar al Supervisor, una vez finalice el contrato los archivos físicos y magnéticos que se hubieren generado durante su ejecución
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 apropiación conceptual de los lineamientos suministrados por SDS
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	Diligenciamiento del cronograma mensualmente en el que se consignan las actividades programadas durante el mes siguiente acordes a las acciones establecidas en el lineamiento.
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 gestión de riesgo, según anexos operativos dados por los lineamientos
8	6. Diligenciar de manera completa, adcuada, 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	Entrega oportuna, completa y ordenada de formato requerido según acción integrada.
9		
10		

Observaciones:

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

Leity Peña
Firma del Contratista

C.C. 52.861.338 **de** Bogotá

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 52861338		PEÑA CUESTAS LEITY JOHANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KR 52c N 37 45	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5842038	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	395193479	8486931930	I	2018/12/11	2018/12/14	BANCOLOMBIA	3	$517,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
1	CC	52861338	PEÑA CUESTAS LEITY JOHANA	231001	30	$1,669,565	$267,200	EPS017	30	$1,669,565	$208,700		0	$0	$0	14-23	30	$1,669,565	$40,700	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$1,669,565	$267,200			$1,669,565	$208,700			$0	$0			$1,669,565	$40,700		$0	$0

RESUMEN DE PAGO

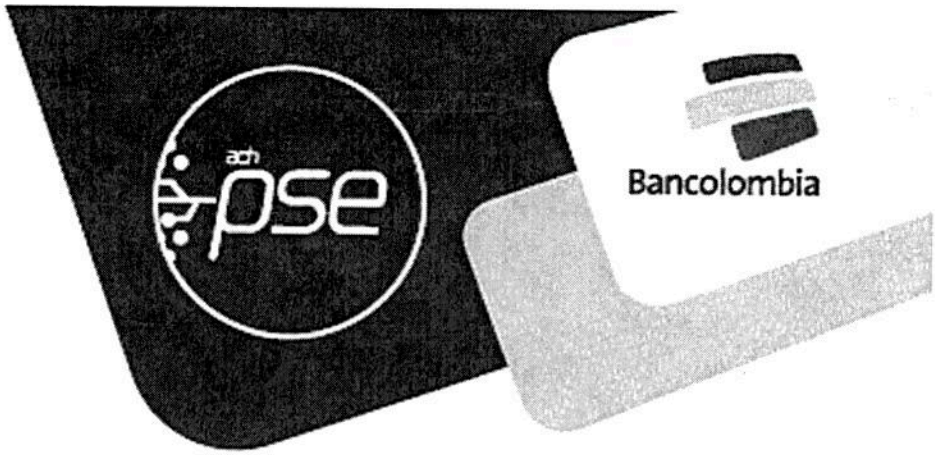
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$267,200	$600	$0	$267,800
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$267,200	$600	$0	$267,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$40,700	$100	$0	$40,800
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$40,700	$100	$0	$40,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,700	$500	$0	$209,200
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$208,700	$500	$0	$209,200
TOTAL				**1**	**$516,600**	**$1,200**	**$0**	**$517,800**

PAGADO

2018/12/14 08:08 AM

Comprobante

de pago en línea



APORTES EN LINEA

Pago realizado por: LEITY JOHANA PEÑA CUESTAS

Nro. de recibo: 8486931930

Descripción del pago: Pago de la Planilla de aportes con clave: 8486931930

Identificación del contribuyente: 167.0.173.237

Concepto: CC

Razón Social: 52861338

Fecha y hora de la transacción: Viernes 14 de Diciembre de 2018 07:42:39 AM

Nro. de comprobante: 0000054103

Valor pagado: $ 517,800.00

Cuenta: *******7194

Bancolombia S.A.

Comuníquese con nuestra Sucursal Telefónica Bancolombia: Bogotá 343 0000 - Medellín 510 9000 - Cali 554 0505 - Barranquilla 361 8888 - Cartagena 693 4400 - Bucaramanga 697 2525 - Pereira 340 1213 - El resto del país 01 800 09 12345 - Sucursales Telefónicas en el exterior: España 900 995 717 - Estados Unidos 1866 379 9714, en caso de recibir una alerta o notificación de una transacción que presenta alguna irregularidad.

Bancolombia nunca le solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com

47

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:	4403	**C.D.P. No.:**	2423	**Proceso al que pertenece:**	PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC
				Unidad a la que pertenece:	SALUD PUBLICA-ESPACIO VIVIENDA
Nombre del Contratista:	Leity Johana Peña Cuestas			**C.C.**	52.861.338 **de:** Bogotá
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	$ 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 SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	JULIO	$ 2.333.325	$ 290.700	8481781670
2	AGOSTO	$ 2.800.000	$ 348.000	8482156033
3	SEPTIEMBRE	$ 3.000.000	$ 371.300	8483988177
4	OCTUBRE	$ 3.000.000	$ 371.300	8483988177
5	EXTRAS SEPTIEMBRE	$ 391.304	$ 50.200	8486113135 - 8483988177
6	EXTRAS OCTUBRE	$ 1.173.913	$ 519.400	8486115488
7	NOVIEMBRE	$ 3.000.000	$ 519.400	8486115488
8	EXTRAS NOVIEMBRE	$ 1.173.913	$ 517.800	8486931930
9	EXTRAS DICIEMBRE	$ 1.173.913	$ 517.800	8486931930
10	DICIEMBRE	$ 3.000.000	$ 517.800	8486931930
11	ENERO	$ 3.000.000	$ 518.300	8487805444
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Resumen de contrato	VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
	$ 2.800.000	$ 27.346.376	$ 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 PSICOLOGÍA 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
1	1. Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE	Desarrollar las actividades que se generen directa e indirectamente del objeto contractual en las Unidades de prestación de servicios asignadas de acuerdo con la programación de actividades. Colaborar con la SUBRED, para que el objeto del contrato se cumpla. Acatar las instrucciones que durante el desarrollo del contrato imparta la SUBRED a través 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** Selección y priorización de familias definidas por SDS. Preparación delas familias ambiental a través de diálogo de saberes con la familia. Caracterización social y Reconocer la cartografía base para el análisis de determinantes estructurales. Analizar conjuntamente con la familia las condiciones halladas y establecer prioridades. **Plan Familiar Implementado** familiar. Concertación del plan Garantizar la calidad de los servicios ofrecidos (idoneidad humana, moral y técnica). Desarrollar acciones centradas en familia Cumplir con las Guías, protocolos y procedimientos implementados por la Subred y demás características del sistema obligatorio de Garantías de Calidad de la Atención en Salud en el Sistema General de Seguridad Social. Realizar las actividades encomendadas relacionadas con las políticas de LA SUBRED respecto al proceso de acreditación y certificación en Sistema de Gestión de Calidad. Entregar al Supervisor, una vez finalice el contrato los archivos físicos y magnéticos que se hubieren generado durante su ejecución
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 apropiación conceptual de los lineamientos suministrados por SDS
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.	Dilgenciamiento del cronograma mensualmente en el que se consignan las actividades programadas durante el mes siguiente acordes a las acciones establecidas en el lineamiento.
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 gestión de riesgo, según anexos operativos dados por los lineamientos
8	6. Dilgenciar de manera completa, adcuada, 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.	Entrega oportuna, completa y ordenada de formato requerido según acción integrada.
9		
10		

Observaciones:

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

Leity Johana Peña
Firma del Contratista

C.C. 52.861.338 **de** Bogotá

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 52861338		PEÑA CUESTAS LEITY JOHANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KR 52c N 37 45	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5842038	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	404035451	8487805444	I	2019/01/11	2019/01/15	BANCOLOMBIA	4	$518,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
1	CC	52861338	PEÑA CUESTAS LEITY JOHANA	231001	30	$1,669,565	$267,200	EPS017	30	$1,669,565	$208,700		0	$0	$0	14-23	30	$1,669,565	$40,700	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					**$1,669,565**	**$267,200**			**$1,669,565**	**$208,700**			**$0**	**$0**			**$1,669,565**	**$40,700**		**$0**	**$0**

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$267,200	$800	$0	$268,000
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$267,200	$800	$0	$268,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$40,700	$200	$0	$40,900
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$40,700	$200	$0	$40,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,700	$700	$0	$209,400
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$208,700	$700	$0	$209,400
TOTAL				**1**	**$516,600**	**$1,700**	**$0**	**$518,300**

PAGADO

2019/01/14 07:03 PM

aportes en línea

PEÑA CUESTAS LEITY JOHA
CC 52861
SUCURSAL PRINCIPAL: PRINCI
TIPO EMPLEADOR:INDEPENDIE
PERFIL:NOMINA/TESORE
ÚLTIMO ACCESO: 2019/01/14 18:2

PAGO ELECTRONICO
Pago de la Planilla de aportes con clave: 8487805444

El pago electrónico de su autoliquidación se ha realizado exitosamente

Resumen del pago electrónico



Dirección IP:	190.255.155.25
Estado de la transacción:	**APROBADA**
Valor:	$518,300
Clave Planilla:	**8487805444**
N° Transacción (CUS):	**404035451**
Fecha:	2019/01/15
Banco	BANCOLOMBIA
Descripcion	Pago de la Planilla de aportes con clave: 8487805444
Aportes en Línea	9999001472382

Imprimir

Aceptar

Copyright © 2019 Aportes en Línea. Todos los derechos reservados. Desarrollado y Operado por Mareigua Ltda.