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 4930 2018 **C.D.P. No.:** CDP 2423 **Proceso al que pertenece:** PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC
**Unidad a la que pertenece:** SALUD PUBLICA - ESPACIO PUBLICO

**Nombre del Contratista:** DIANA ROCIO FORIGUA GARCIA **C.C.** 1.014.190.155 **de:** Bogotá

**Fecha Inicio:** 2018-07-09 **Fecha Terminación incial:** 2018-08-08 **Valor Mensual:** $ 2.800.000 **Valor a cobrar:** $ 1.960.000

| 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 | $ 1.960.000 | $ 594.000 | 8328485027 |
| 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 | $ 1.960.000 | $ 840.000 |

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

**OBJETO DEL CONTRATO**

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN TRABAJO SOCIAL DESARROLLANDO ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

**Relación de actividades para el periodo:** **Desde:** 2018-07-09 **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. | *Lectura de lineamientos LGBTI<br>*Elaboración plan de acción<br>*4 recorridos territoriales con acciones de enganche<br>*6 actividades lùdicas pedagògicas<br>* 3 seguimientos a casos positivos de sifilis y reactivos de VIH<br>*1 Fortalecimiento a redes intitucionales<br>*Participaciòn a reuniones y lineas tècnicas |
| 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 anexo y lineamientos contenidos en el contrato suscrito con el Fondo Financiero Distrital. | *Lectura de lineamientos LGBTI<br>*Elaboración plan de acción<br>*4 recorridos territoriales con acciones de enganche<br>*6 actividades lùdicas pedagògicas<br>* 3 seguimientos a casos positivos de sifilis y reactivos de VIH<br>*1 Fortalecimiento a redes intitucionales<br>*Participaciòn a reuniones y lineas tècnicas |
| 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. | Elaboraciòn cronograma julio de 2018 de las actividades del equipo LGBTI |

**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

Diana Forigua.
**Firma del Contratista**

**C.C.** 1.014.190.155 **de** Bogotá

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS | |
|---|---|
| **NOMBRE:** | ADRIANA HIGUERA |
| **CARGO:** | LIDER DE ESPACIO PUBLICO |
| **FIRMA** | Adriana Higuera |

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

**Señor(a):** DIANA ROCIO FORIGUA GARCIA
**No. Identificación:** CC1014190155
**Dirección:** CRA 57 #67C 89 SUR
**Telefono:** 3202170807
**Correo:** diana_fg06@hotmail.com
**Ciudad:** BOGOTÁ, D.C.
**Número de Planilla:** 8328485027

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

| | |
|---|---|
| **Nombre Aportante** | DIANA ROCIO FORIGUA GARCIA |
| **Tipo y número de identificación** | CC1014190155 |
| **Número de planilla** | 8328485027 |
| **Fecha pago** | 2018-07-12 |
| **Número de autorización pago** | 1000000405 |
| **Banco** | 1001 |

| | |
|---|---|
| **Número de Empleados** | 1 |
| **Periodo de Cotización Salud** | julio de 2018 |
| **Periodo de Cotización Pensión** | julio de 2018 |
| **Número de Administradoras** | 3 |
| **Total Pagado** | 594000 |
| **Total Intereses de Mora** | 0 |

PAGADA

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|---|---|---|---|
| 14-28 | ARP Sura | 46800 | 1 |
| 230301 | Porvenir | 307200 | 1 |
| EPS044 | MEDIMAS EPS SAS | 240000 | 1 |

8328485027

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1014190155
APELLIDOS Y NOMBRES: DIANA ROCIO FORIGUA GARCIA

| Cód. EPS | Cód. AFP | IBC SALUD | IBC PENSIÓN | IBC RIESGOS | IBC CAJAS | COTIZACIÓN SALUD | VALOR UPC | COTIZACIÓN PENSIÓN | FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN RIESGOS | APORTE CAJAS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS044 | 230301 | 1920000 | 1920000 | 1920000 | 0 | 240000 | 0 | 307200 | 0 | 46800 | 0 |

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

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 4930 2018 | **C.D.P. No.:** | CDP 2423 | **Proceso al que pertenece:** | PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC |
| | | | | **Unidad a la que pertenece:** | SALUD PUBLICA - ESPACIO PUBLICO |

**Nombre del Contratista:** DIANA ROCIO FORIGUA GARCIA **C.C.** 1.014.190.155 **de:** Bogotá

**Fecha Inicio:** 2018-07-09 **Fecha Terminación incial:** 2018-08-08 **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 | 2018-08-09 | 2018-09-08 |
| 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 | $ 1.960.000 | $ 594.000 | 8328485027 |
| 2 | AGOSTO | $ 2.800.000 | $ 346.500 | 8329483928 |
| 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 | $ 4.760.000 | $ 840.000 |

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

**OBJETO DEL CONTRATO**

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN TRABAJO SOCIAL DESARROLLANDO ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

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

| | 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. | *2 recorridos territoriales con acciones de enganche<br>*5 actividades lùdicas pedagògicas<br>* 20 seguimientos a casos por aseguramiento<br>* 4 Fortalecimiento a redes intitucionales<br>*Participación a reuniones y linea técnica |
| 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 anexo y lineamientos contenidos en el contrato suscrito con el Fondo Financiero Distrital. | *2 recorridos territoriales con acciones de enganche<br>*5 actividades lùdicas pedagògicas<br>* 20 seguimientos a casos por aseguramiento<br>* 4 Fortalecimiento a redes intitucionales<br>*Participación a reuniones y linea técnica |
| 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. | Elaboración cronograma agosto de 2018 de las actividades del equipo LGBTI. |

**Observaciones:**

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

**Firma del Contratista**

**C.C.** 1.014.190.155 **de** Bogotá

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS | |
|---|---|
| **NOMBRE:** | ADRIANA HIGUERA |
| **CARGO:** | LIDER DE ESPACIO PUBLICO |
| **FIRMA** | Adriana Higuera |

**Señor(a):** DIANA ROCIO FORIGUA GARCIA
**No. Identificación:** CC 1014190155
**Dirección:** CRA 57 #67C 89 SUR
**Teléfono:** 3202170807 **Fax:**
**Ciudad:** BOGOTÁ, D.C.
**Número de Planilla** 8329483928

CITE ESTE NUMERO PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Respetado señor(a)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:

compensar | miplanilla.com

| | |
|---|---|
| Nombre | DIANA ROCIO FORIGUA GARCIA |
| Tipo y Número de Identificación | CC 1014190155 |
| Número Planilla | 8329483928 |
| Fecha de Pago | 8/13/2018 |
| Número de Autorización de Pago | 1000000279 |
| Banco | 1001 |
| Valor Comisión | $0 |

| | |
|---|---|
| Número de Empleados | 1 |
| Periodo Cotización Salud | Agosto 2018 |
| Periodo Cotización Pensión | Agosto 2018 |
| Periodo Cotización Caja | Agosto 2018 |
| Número de Administradoras | 3 |
| Total Pagado | $346.500 |
| Total Interes Mora | $0 |

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|---|---|---|---|
| 14-28 | ARP Sura | $27.300 | 1 |
| 230301 | Porvenir | $179.200 | 1 |
| EPS044 | MEDIMAS EPS SAS | $140.000 | 1 |

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1014190155
APELLIDOS Y NOMBRES FORIGUA GARCIA DIANA ROCIO

| COD EPS | COD AFP | UPC | IBC SALUD | IBC PENSIÓN | IBC RIESGOS | IBC CAJA | COTIZACIÓN SALUD | COTIZACIÓN PENSIÓN | COTIZACIÓN RIESGOS | FONDO SOLIDARIDAD |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS044 | 230301 | 0 | 1.120.000 | 1.120.000 | 1.120.000 | 0 | 140.000 | 179.200 | 27.300 | 0 |

TIPO DOC.:
NO. DOCUMENTO:
APELLIDOS Y NOMBRES

| COD EPS | COD AFP | UPC | IBC SALUD | IBC PENSIÓN | IBC RIESGOS | IBC CAJA | COTIZACIÓN SALUD | COTIZACIÓN PENSIÓN | COTIZACIÓN RIESGOS | FONDO SOLIDARIDAD |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | |

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información



3:24 PM

https://www.miplanilla.com/p

compensar | miplanilla.com

Último ingreso exitoso: 2018-08-13 / 01:44:47 PM | Último ingreso fallido: 2017-01-25 / 11:14:30 AM

Datos | Empleados | Planillas | Documentos | Reportes | Consultas | Salir

Periodo Pensión: Agosto 2018 Periodo Salud: Agosto 2018 Agosto 13 de 2018 / 3:24 PM

Inicio | Planillas | Resumen de pago

Planillas / Resumen de pago

**Información básica de la planilla**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Empresa: | DIANA ROCIO FORIGUA GARCIA | Nit: | 1014196153 |
| Tipo planilla: | I | Periodo liquidación Pensiones: | Agosto 2018 |
| Sucursal o Dependencia: | PRINCIPAL | Periodo liquidación Salud: | Agosto 2018 |
| Numero de radicación: | 8329433928 | Total a pagar: | $346,500 |
| Fecha de vencimiento: | 14/08/2018 | Total de empleados: | 1 |
| Fecha de pago: | 13/08/2018 | Número de administradoras: | 3 |

**Detalles del pago**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Razón social recaudo: | Compensar Ct | Nit recaudo: | 9998600669427 |
| Descripción: | MiPlanilla com Pago Proteccion Social | Medio de pago: | Pago en Cajas |
| Banco: | 1001 | Número de aprobación: | 1000000279 |
| Estado de la transacción: | Transacción aprobada | | |

**Totales**

| Código | NIT | Administradoras | No Afiliados | *Numero de incapacidad por riesgos laborales | Valor descontado en incapacidad y/o licencia | Total pagado |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1428 | 800256161 | ARP Sura | 1 | | $0.00 | $27,300 |
| 230901 | 800224808 | Porvenir | 1 | | $0.00 | $179,200 |
| EPS044 | 901067473 | MEDIMAS EPS SAS | 1 | | $0.00 | $140,000 |
| | | | | | | $346,500 |

*Si descontó incapacidades o notas credito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos

Ver planillas pagadas

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Exportar reporte a Excel Exportar reporte a PDF

Imprimir transacción

https://www.miplanilla.com/

Todos los derechos reservados © 2016 Compensar Cenit S.A

compensar miplanilla.com Comfenalco Valle la dirigente certicámara

Miplanilla.com - Gestion y pago de la Planilla Integral de Liquidacion de Aportes (PILA) - Colombia

Su dirección IP actual es: 181.157.68.197

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 4930 2018 | **C.D.P. No.:** | CDP 2423 | **Proceso al que pertenece:** | PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC |
| | | | | **Unidad a la que pertenece:** | SALUD PUBLICA - ESPACIO PUBLICO |

**Nombre del Contratista:** DIANA ROCIO FORRUA GARCIA **C.C.** 1.014.190.155 **de:** Bogotá

**Fecha Inicio:** 2018-07-09 **Fecha Terminación Inicial:** 2018-08-08 **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 | 2018-08-09 | 2018-09-08 |
| 2 | $ 11.553.333 | 2857 | 2018-09-09 | 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 | $ 1.960.000 | $ 594.000 | 8328485027 |
| 2 | AGOSTO | $ 2.800.000 | $ 346.500 | 8329483928 |
| 3 | SEPTIEMBRE | $ 3.000.000 | $ 371.000 | 8330096175 |
| 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 |
|---|---|---|---|
| $ 3.000.000 | $ 17.353.333 | $ 7.760.000 | $ 9.593.333 |

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

**OBJETO DEL CONTRATO**

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN TRABAJO SOCIAL DESARROLLANDO ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

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

| | OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las relacionadas 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. | Durante el mes de septiembre de 2018, se ejecutaron las siguientes visitas:<br>*2 recorridos territoriales con acciones de enganche<br>*5 actividades lúdicas pedagógicas<br>* 20 seguimientos a casos por aseguramiento<br>* 4 Fortalecimiento a redes intitucionales<br>*Participación a reuniones y linea técnica |
| 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 anexo y lineamientos contenidos en el contrato suscrito con el Fondo Financiero Distrital. | Durante el mes de septiembre de 2018, se ejecutaron las siguientes visitas:<br>*2 recorridos territoriales con acciones de enganche<br>*5 actividades lúdicas pedagógicas<br>* 20 seguimientos a casos por aseguramiento<br>* 4 Fortalecimiento a redes intitucionales<br>*Participación a reuniones y linea técnica |
| 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. | Elaboración cronograma septiembre de 2018 de las actividades del equipo LGBTI. |
| 4 | Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellos definidos dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estándares de habilitación y acreditación de servicios de salud. | Durante el mes de septiembre de 2018, se ejecutaron las siguientes visitas:<br>*2 recorridos territoriales con acciones de enganche<br>*5 actividades lúdicas pedagógicas<br>* 20 seguimientos a casos por aseguramiento<br>* 4 Fortalecimiento a redes intitucionales<br>*Participación a reuniones y linea técnica |
| 5 | Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal. | Durante el mes de septiembre de 2018, se ejecutaron las siguientes visitas:<br>*2 recorridos territoriales con acciones de enganche<br>*5 actividades lúdicas pedagógicas<br>* 20 seguimientos a casos por aseguramiento<br>* 4 Fortalecimiento a redes intitucionales<br>*Participación a reuniones y linea técnica |
| 6 | Diligenciar de manera completa, adecuada, ordenada y legible todos los formatos requeridos en las diferentes intervenciones de acuerdo a los anexos operativos de cada espacios de vida o componente transversal. | Los soportes de las acciones de campo se diligenciaron en los formatos asignados por la referentes de SDS y la coordinación del espacio público, los cuales reposan en la carpeta LGBTI. |

**Observaciones:**

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

Firma del Contratista

C.C. 1.014.190.155 de Bogotá

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS | |
|---|---|
| **NOMBRE:** | ADRIANA HIGUERA |
| **CARGO:** | LIDER DE ESPACIO PUBLICO |
| **FIRMA** | Adriana Higuera |

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 B0008901    ****4630  T235
FTx17/09/18 09:56H.N0089 Autopista
201809 83 Mi Planilla
PLANILLA No.0000083300961 75
Identificacion1014190155
VALOR PLANILLA:371,300.00
Cargo Cuenta No.
Valor Efectivo:371,300.00
```

**Valor $** _____

**Verifique que la información impresa en este formato sea correcta**

21303332 (CRE_FOR_005 V1 25/10/2016)

**Señor(a):** DIANA ROCIO FORIGUA GARCIA
**No. Identificación:** CC 1014190155
**Dirección:** CRA 57 #67C 89 SUR
**Teléfono:** 3202170807 **Fax:**
**Ciudad:** BOGOTÁ, D.C.
**Número de Planilla** 8330096175

CITE ESTE NUMERO PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Respetado señor(a)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:

compensar | miplanilla.com

| | |
|---|---|
| Nombre | DIANA ROCIO FORIGUA GARCIA |
| Tipo y Número de Identificación | CC 1014190155 |
| Número Planilla | 8330096175 |
| Fecha de Pago | 9/17/2018 |
| Número de Autorización de Pago | 1000000188 |
| Banco | 1001 |
| Valor Comisión | $0 |

| | |
|---|---|
| Número de Empleados | 1 |
| Periodo Cotización Salud | Septiembre 2018 |
| Periodo Cotización Pensión | Septiembre 2018 |
| Periodo Cotización Caja | Septiembre 2018 |
| Número de Administradoras | 3 |
| Total Pagado | $371.300 |
| Total Interes Mora | $0 |

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|---|---|---|---|
| 14-28 | ARP Sura | $29.300 | 1 |
| 230301 | Porvenir | $192.000 | 1 |
| EPS044 | MEDIMAS EPS SAS | $150.000 | 1 |

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1014190155
APELLIDOS Y NOMBRES: FORIGUA GARCIA DIANA ROCIO

| COD EPS | COD AFP | UPC | IBC SALUD | IBC PENSIÓN | IBC RIESGOS | IBC CAJA | COTIZACIÓN SALUD | COTIZACIÓN PENSIÓN | COTIZACIÓN RIESGOS | FONDO SOLIDARIDAD |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS044 | 230301 | 0 | 1,200,000 | 1,200,000 | 1,200,000 | 0 | 150,000 | 192,000 | 29,300 | 0 |

TIPO DOC.:
NO. DOCUMENTO:
APELLIDOS Y NOMBRES:

| COD EPS | COD AFP | UPC | IBC SALUD | IBC PENSIÓN | IBC RIESGOS | IBC CAJA | COTIZACIÓN SALUD | COTIZACIÓN PENSIÓN | COTIZACIÓN RIESGOS | FONDO SOLIDARIDAD |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | |

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

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 4930 2018 | **C.D.P. No.:** | CDP 2423 | **Proceso al que pertenece:** | PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC |
| | | | | **Unidad a la que pertenece:** | SALUD PUBLICA - ESPACIO PUBLICO |

**Nombre del Contratista:** DIANA ROCIO FORIGUA GARCIA **C.C.** 1.014.190.155 **de:** Bogotá

**Fecha Inicio:** 2018-07-09 **Fecha Terminación incial:** 2018-08-08 **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 | 2018-08-09 | 2018-09-08 |
| 2 | $ 11.553.333 | 2857 | 2018-09-09 | 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 | $ 1.960.000 | $ 594.000 | 8328485027 |
| 2 | AGOSTO | $ 2.800.000 | $ 346.500 | 8329483928 |
| 3 | SEPTIEMBRE | $ 3.000.000 | $ 371.000 | 8330096175 |
| 4 | OCTUBRE | $ 3.000.000 | $ 371.000 | 8330096175 |
| 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 |
|---|---|---|---|
| $ 3.000.000 | $ 17.353.333 | $ 10.760.000 | $ 6.593.333 |

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

**OBJETO DEL CONTRATO**

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN TRABAJO SOCIAL DESARROLLANDO ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

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

| | OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las asignadas en la minuta) | DESCRIPCIÓN 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. | Durante el mes de Octubre de 2018, se ejecutaron las siguientes acciones en la localidad de los Mártires:<br>*8 recorridos territoriales con acciones de enganche<br>*16 actividades lúdicas pedagógicas<br>* 20 seguimientos a casos por aseguramiento<br>* 4 Fortalecimiento a redes intitucionales<br>*Participación en 2 reuniones de linea técnica con la referente distrital LGBTI de la SDS |
| 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 anexo y lineamientos contenidos en el contrato suscrito con el Fondo Financiero Distrital. | Durante el mes de Octubre de 2018, se ejecutaron las siguientes acciones en la localidad de los Mártires:<br>*8 recorridos territoriales con acciones de enganche<br>*16 actividades lúdicas pedagógicas<br>* 20 seguimientos a casos por aseguramiento<br>* 4 Fortalecimiento a redes intitucionales<br>*Participación en 2 reuniones de linea técnica con la referente distrital LGBTI de la SDS |
| 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. | Elaboración cronograma Octubre de 2018 de las actividades del equipo LGBTI. |
| 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 | Durante el mes de Octubre de 2018, se ejecutaron las siguientes acciones en la localidad de los Mártires:<br>*8 recorridos territoriales con acciones de enganche<br>*16 actividades lúdicas pedagógicas<br>* 20 seguimientos a casos por aseguramiento<br>* 4 Fortalecimiento a redes intitucionales<br>*Participación en 2 reuniones de linea técnica con la referente distrital LGBTI de la SDS |
| 5 | Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal. | Durante el mes de Octubre de 2018, se ejecutaron las siguientes acciones en la localidad de los Mártires:<br>*8 recorridos territoriales con acciones de enganche<br>*16 actividades lúdicas pedagógicas<br>* 20 seguimientos a casos por aseguramiento<br>* 4 Fortalecimiento a redes intitucionales<br>*Participación en 2 reuniones de linea técnica con la referente distrital LGBTI de la SDS |
| 6 | Diligenciar de manera completa, adecuada, ordenada y legible todos los fomatos requeridos en las diferentes intervenciones de acuerdo a los anexos operativos de cada espacios de vida o componente transversal. | Los soportes de las acciones de campo se diligenciaron en los formatos asignados por la referentes de SDS y la coordinación del espacio público, los cuales reposan en la carpeta LGBTI. |

**Observaciones:**

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

**Firma del Contratista**

C.C. 1.014.190.155 **de** Bogotá

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS | |
|---|---|
| **NOMBRE:** | ADRIANA HIGUERA |
| **CARGO:** | LIDER DE ESPACIO PUBLICO |
| **FIRMA** | Adriana Higuera |

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

| | |
|---|---|
| **Señor(a):** | DIANA ROCIO FORIGUA GARCIA |
| **No. Identificación:** | CC1014190155 |
| **Dirección:** | CRA 57 #67C 89 SUR |
| **Telefono:** | 3202170807 |
| **Correo:** | diana_fg06@hotmail.com |
| **Ciudad:** | BOGOTÁ, D.C. |
| **Número de Planilla:** | 8330096175 |

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

| | |
|---|---|
| **Nombre Aportante** | DIANA ROCIO FORIGUA GARCIA |
| **Tipo y número de identificación** | CC1014190155 |
| **Número de planilla** | 8330096175 |
| **Fecha pago** | 2018-09-17 |
| **Número de autorización pago** | 1000000188 |
| **Banco** | 1001 |

| | |
|---|---|
| **Número de Empleados** | 1 |
| **Periodo de Cotización Salud** | septiembre de 2018 |
| **Periodo de Cotización Pensión** | septiembre de 2018 |
| **Número de Administradoras** | 3 |
| **Total Pagado** | 371300 |
| **Total Intereses de Mora** | 0 |

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|---|---|---|---|
| 14-28 | ARP Sura | 29300 | 1 |
| 230301 | Porvenir | 192000 | 1 |
| EPS044 | MEDIMAS EPS SAS | 150000 | 1 |

PAGADA
8330096175

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1014190155
APELLIDOS Y NOMBRES: DIANA ROCIO FORIGUA GARCIA

| Cód. EPS | Cód. AFP | IBC SALUD | IBC PENSIÓN | IBC RIESGOS | IBC CAJAS | COTIZACIÓN SALUD | VALOR UPC | COTIZACIÓN PENSIÓN | FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN RIESGOS | APORTE CAJAS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS044 | 230301 | 1200000 | 1200000 | 1200000 | 0 | 150000 | 0 | 192000 | 0 | 29300 | 0 |

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

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 4930 2018 | **C.D.P. No.:** | CDP 2423 | **Proceso al que pertenece:** | PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC |
| | | | | **Unidad a la que pertenece:** | SALUD PUBLICA - ESPACIO PUBLICO |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombre del Contratista:** | DIANA ROCIO FORIGUA GARCIA | **C.C.** | 1.014.190.155 | **de:** | Bogotá |
| **Fecha Inicio:** | 2018-07-09 | **Fecha Terminación incial:** | 2018-08-08 | **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 | 2018-08-09 | 2018-09-08 |
| 2 | $ 11.553.333 | 2857 | 2018-09-09 | 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 | $ 1.960.000 | $ 594.000 | 8328485027 |
| 2 | AGOSTO | $ 2.800.000 | $ 346.500 | 8329483928 |
| 3 | SEPTIEMBRE | $ 3.000.000 | $ 371.000 | 8330096175 |
| 4 | OCTUBRE | $ 3.000.000 | $ 371.000 | 8330096175 |
| 5 | NOVIEMBRE | $ 3.000.000 | $ 371.000 | 8331216812 |
| 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 |
|---|---|---|---|---|
| | $ 3.000.000 | $ 17.353.333 | $ 13.760.000 | $ 3.593.333 |

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

**OBJETO DEL CONTRATO**

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN TRABAJO SOCIAL DESARROLLANDO ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

**Relación de actividades para el periodo:** **Desde:** 2018-11-01 **Hasta:** 2018-11-30

| | OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta) | DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN |
|---|---|---|
| 1 | 1. Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE. | Durante el mes de Noviembre de 2018, se ejecutaron las siguientes acciones en la localidad de los Mártires:<br>•8 recorridos territoriales con acciones de enganche<br>•16 actividades lúdicas pedagógicas<br>• 20 seguimientos a casos por aseguramiento<br>• 4 Fortalecimiento a redes intitucionales<br>•Participación en 2 reuniones de linea técnica con la referente distrital LGBTI de la SDS |
| 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 anexo y lineamientos contenidos en el contrato suscrito con el Fondo Financiero Distrital. | Durante el mes de Noviembre de 2018, se ejecutaron las siguientes acciones en la localidad de los Mártires:<br>•8 recorridos territoriales con acciones de enganche<br>•16 actividades lúdicas pedagógicas<br>• 20 seguimientos a casos por aseguramiento<br>• 4 Fortalecimiento a redes intitucionales<br>•Participación en 2 reuniones de linea técnica con la referente distrital LGBTI de la SDS |
| 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. | Elaboración cronograma Noviembre de 2018 de las actividades del equipo LGBTI. |
| 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. | Durante el mes de Noviembre de 2018, se ejecutaron las siguientes acciones en la localidad de los Mártires:<br>•8 recorridos territoriales con acciones de enganche<br>•16 actividades lúdicas pedagógicas<br>• 20 seguimientos a casos por aseguramiento<br>• 4 Fortalecimiento a redes intitucionales<br>•Participación en 2 reuniones de linea técnica con la referente distrital LGBTI de la SDS |
| 5 | Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal. | Durante el mes de Noviembre de 2018, se ejecutaron las siguientes acciones en la localidad de los Mártires:<br>•8 recorridos territoriales con acciones de enganche<br>•16 actividades lúdicas pedagógicas<br>• 20 seguimientos a casos por aseguramiento<br>• 4 Fortalecimiento a redes intitucionales<br>•Participación en 2 reuniones de linea técnica con la referente distrital LGBTI de la SDS |
| 6 | Diligenciar de manera completa, adecuada, ordenada y legible todos los fomatos requiridos en las diferentes intervenciones de acuerdo a los anexos operativos de cada espacios de vida o componente transversal. | Los soportes de las acciones de campo se diligenciaron en los formatos asignados por la referentes de SDS y la coordinación del espacio público, los cuales reposan en la carpeta LGBTI. |

**Observaciones:**

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

**Firma del Contratista**

**C.C.** 1.014.190.155 **de** Bogotá

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS | |
|---|---|
| **NOMBRE:** | ADRIANA HIGUERA |
| **CARGO:** | LIDER DE ESPACIO PUBLICO |
| **FIRMA** | Adriana Higuera |

**Señor(a):** DIANA ROCIO FORIGUA GARCIA
**No. Identificación:** CC 1014190155
**Dirección:** CRA 57 #67C 89 SUR
**Teléfono:** 3202170807 **Fax:**
**Ciudad:** BOGOTÁ, D.C.
**Número de Planilla** 8331216812

CITE ESTE NUMERO PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Respetado señor(a)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:

compensar | miplanilla.com

| | |
|---|---|
| Nombre | DIANA ROCIO FORIGUA GARCIA |
| Tipo y Número de Identificación | CC 1014190155 |
| Número Planilla | 8331216812 |
| Fecha de Pago | 11/15/2018 |
| Número de Autorización de Pago | 1000000365 |
| Banco | 1001 |
| Valor Comisión | $0 |

| | |
|---|---|
| Número de Empleados | 1 |
| Periodo Cotización Salud | Octubre 2018 |
| Periodo Cotización Pensión | Octubre 2018 |
| Periodo Cotización Caja | Octubre 2018 |
| Número de Administradoras | 3 |
| Total Pagado | $371.300 |
| Total interes Mora | $0 |

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|---|---|---|---|
| 14-28 | ARP Sura | $29.300 | 1 |
| 230301 | Porvenir | $192.000 | 1 |
| EPS044 | MEDIMAS EPS SAS | $150.000 | 1 |

Banco de Bogotá
NIT. 860.002.964-4

*Comprobante de Recaudos*

ESPACIO PARA EL TIMBRE

Banco de Bogota - RECAUDO PILA
2060 80054204 ****5709 T1002
FTx15/11/18 10:13H.N0542 Centro Com
201810 83 Mi Planilla
PLANILLA No.0000008331216812
Identificacion1014190155
VALOR PLANILLA:371,300.00
Cargo Cuenta No.
Valor Efectivo:371,300.00

Valor $ _____

ransacción está sujeta a verificación posterior. El (los) cheque(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.

nformación

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

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 4930 2018 **C.D.P. No.:** CDP 2423 **Proceso al que perten** PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PSPIC
**Unidad a la que perte** SALUD PUBLICA - ESPACIO PUBLICO

**Nombre del Contratista:** DIANA ROCIO FORIGUA GARCIA **C.C.** 1.014.190.155 **de** Bogotá

**Fecha Inicio:** 2018-07-09 **Fecha Terminación incial:** 2018-08-08 **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 | 2018-08-09 | 2018-09-08 |
| 2 | $ 11.553.333 | 2857 | 2018-09-09 | 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 | NÚMERO DE PLANILLA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | JULIO | $ 1.960.000 | $ 594.000 | 8328485027 |
| 2 | AGOSTO | $ 2.800.000 | $ 346.500 | 8329483928 |
| 3 | SEPTIEMBRE | $ 3.000.000 | $ 371.000 | 8330096175 |
| 4 | OCTUBRE | $ 3.000.000 | $ 371.000 | 8330096175 |
| 5 | NOVIEMBRE | $ 3.000.000 | $ 371.000 | 8331216812 |
| 6 | DICIEMBRE | $ 3.000.000 | $ 371.000 | 8331496436 |
| 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 |
|---|---|---|---|
| $ 3.000.000 | $ 17.353.333 | $ 16.760.000 | $ 593.333 |

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

**OBJETO DEL CONTRATO**

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN TRABAJO SOCIAL DESARROLLANDO ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

**Relación de actividades para el perio** **Desde:** 2018-12-01 **Hasta:** 2018-12-31

| | OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta) | DESCRIPCION DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN |
|---|---|---|
| 1 | 1. Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE. | Durante el mes de Diciembre de 2018, se ejecutaron las siguientes acciones en la localidad de los Mártires:<br>*8 recorridos territoriales con acciones de enganche<br>*16 actividades lúdicas pedagógicas<br>* 20 seguimientos a casos por aseguramiento<br>* 4 Fortalecimiento a redes intitucionales<br>*Participación en 2 reuniones de línea técnica con la referente distrital LGBTI de la SDS |
| 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 anexo y lineamientos contenidos en el contrato suscrito con el Fondo Financiero Distrital. | Durante el mes de Diciembre de 2018, se ejecutaron las siguientes acciones en la localidad de los Mártires:<br>*8 recorridos territoriales con acciones de enganche<br>*16 actividades lúdicas pedagógicas<br>* 20 seguimientos a casos por aseguramiento<br>* 4 Fortalecimiento a redes intitucionales<br>*Participación en 2 reuniones de línea técnica con la referente distrital LGBTI de la SDS |
| 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. | Elaboración cronograma Diciembre de 2018 de las actividades del equipo LGBTI. |
| 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. | Durante el mes de Diciembre de 2018, se ejecutaron las siguientes acciones en la localidad de los Mártires:<br>*8 recorridos territoriales con acciones de enganche<br>*16 actividades lúdicas pedagógicas<br>* 20 seguimientos a casos por aseguramiento<br>* 4 Fortalecimiento a redes intitucionales<br>*Participación en 2 reuniones de línea técnica con la referente distrital LGBTI de la SDS |
| 5 | Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal. | Durante el mes de Diciembre de 2018, se ejecutaron las siguientes acciones en la localidad de los Mártires:<br>*8 recorridos territoriales con acciones de enganche<br>*16 actividades lúdicas pedagógicas<br>* 20 seguimientos a casos por aseguramiento<br>* 4 Fortalecimiento a redes intitucionales<br>*Participación en 2 reuniones de línea técnica con la referente distrital LGBTI de la SDS |
| 6 | Diligenciar de manera completa, adecuada, ordenada y legible todos los fomatos requiridos en las diferentes intervenciones de acuerdo a los anexos operativos de cada espacios de vida o componente transversal. | Los soportes de las acciones de campo se diligenciaron en los formatos asignados por la referentes de SDS y la coordinación del espacio público, los cuales reposan en la carpeta LGBTI. |

**Observaciones:**

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

**Firma del Contratista**

**C.C.** 1.014.190.155 **de** Bogotá

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS | |
|---|---|
| **NOMBRE:** | ADRIANA HIGUERA |
| **CARGO:** | LIDER DE ESPACIO PUBLICO |
| **FIRMA** | Adriana Higuera |

**Señor(a):** DIANA ROCIO FORIGUA GARCIA
**No. Identificación:** CC 1014190155
**Dirección:** CRA 57 #67C 89 SUR
**Teléfono:** 3202170807 **Fax:**
**Ciudad:** BOGOTÁ, D.C.
**Número de Planilla** 8331496436

CITE ESTE NUMERO PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Respetado señor(a)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:

compensar | miplanilla.com

| | |
|---|---|
| Nombre | DIANA ROCIO FORIGUA GARCIA |
| Tipo y Número de Identificación | CC 1014190155 |
| Número Planilla | 8331496436 |
| Fecha de Pago | 12/11/2018 |
| Número de Autorización de Pago | 1000001009 |
| Banco | 1001 |
| Valor Comisión | $0 |

| | |
|---|---|
| Número de Empleados | 1 |
| Periodo Cotización Salud | Noviembre 2018 |
| Periodo Cotización Pensión | Noviembre 2018 |
| Periodo Cotización Caja | Noviembre 2018 |
| Número de Administradoras | 3 |
| Total Pagado | $371.300 |
| Total interes Mora | $0 |

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|---|---|---|---|
| 14-28 | ARP Sura | $29.300 | 1 |
| 230301 | Porvenir | $192.000 | 1 |
| EPS044 | MEDIMAS EPS SAS | $150.000 | 1 |

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 B0008903 ****6893 T676
FTx11/12/18 14:03H.N0089 Autopista
201811 83 Mi Planilla
PLANILLA No.0000008331496436
Identificacion1014190155
VALOR PLANILLA:371,300.00
Cargo Cuenta No.
Valor Efectivo:371,300.00

ación

Verifique que la información impresa en este for...

Valor $ _____

Impreso por GRÁFICOS E IMPRESIONES S.A.S. NIT 900812668-9. Tel: 57-1 7456870 Ext. 216