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

OK 75

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	5062-2018	**C.D.P. No.:**	2423	**Proceso al que pertenece:**	PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PSPIC
				Unidad a la que pertenece:	SALUD PUBLICA

Nombre del Contratista: MAYERLI NATHALY UYASAN SALAZAR **C.C.** 1.022.945.350 **de:** BOGOTA

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	$ 2.053.333	$ 254.500	8328890607
2	AGOSTO	$ 2.800.000	$ 346.500	8329147053
3	SEPTIEMBRE	$ 3.000.000	$ 371.300	8330095851
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	$ 17.153.333	$ 7.853.333	$ 9.300.000

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

OBJETO DEL CONTRATO

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

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

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE.	Se efectúan Visitas domiciliarias de eventos de salud mental notificados, orientando al usuario y/o su grupo familiar, correspondientes a abordaje de casos SISVECOS, SIVIM y SIVELCE
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	Realización de informes de los eventos de salud mental abordados, correspondientes a los eventos de SISVECOS, SIVIM y SIVELCE, debidamente diligenciados. Realización de contacto y seguimiento telefónico a los eventos de salud mental intervenidos en el transcurso del mes. Realización de canalizaciones a entidades correspondientes. Reporte de cada uno de los casos fallidos obtenidos en el plazo de ejecución
3	Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato	Realización de ajustes al cronograma de Septiembre y Realización Cronograma Mes de Octubre.
4	Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de	Asistencia a reunión mensual del equipo de salud mental.
5	Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal.	Mensualmente se realizan 38 fEC de alto impacto dentro de las localidad, Antonio Nariño, Rafael Uribe, Santa fe, Martires, Candelaria y San Cristobal.
6	Diligenciar de manera completa, adecuada, ordenada y legible todos los formatos requeridos en las diferentes intervenciones de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal.	diligenciamiento de cada uno de los formatos correspondientes al subsistema sivim, sisvecos y sivelce. Asi como canalizaciones y matriz de canalización a espacio vivienda.

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. 1.022.945.350 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	MARIA CRISTINA DUARTE
CARGO:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA DE LA SALUD
FIRMA	

Señor(a): MAYERLI NATHALY UYASAN SALAZAR
No. Identificación: CC 1022945350
Dirección: CALLE 57 D SUR NO. 78 M 68
Teléfono: 4610673 **Fax:**
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla 8330095851

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	MAYERLI NATHALY UYASAN SAL
Tipo y Número de Identificación	CC 1022945350
Número Planilla	8330095851
Fecha de Pago	9/17/2018
Número de Autorización de Pago	30095851
Banco	1052
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
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	$29.300	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	$192.000	1
EPS008	Compensar EPS	$150.000	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1022945350
APELLIDOS Y NOMBRES UYASAN SALAZAR MAYERLI NATHALY

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACION SALUD	COTIZACION PENSIÓN	COTIZACION RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD
EPS008	25-14	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	COTIZACION SALUD	COTIZACIÓN PENSIÓN	COTIZACION 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

5062

OK 73

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	5062-2018	**C.D.P. No.:**	2423	**Proceso al que pertenece:**	PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PSPIC
				Unidad a la que pertenece:	SALUD PUBLICA

Nombre del Contratista: MAYERLI NATHALY UYASAN SALAZAR **C.C.** 1.022.945.350 **de:** BOGOTA

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	$ 2.053.333	$ 254.500	8328890607
2	AGOSTO	$ 2.800.000	$ 346.500	8329147053
3	SEPTIEMBRE	$ 3.000.000	$ 371.300	8330095851
4	OCTUBRE	$ 3.000.000	$ 371.300	8330095851
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	$ 17.153.333	$ 10.853.333	$ 6.300.000

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

OBJETO DEL CONTRATO

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

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

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE.	Se efectúan Visitas domiciliarias de eventos de salud mental notificados, orientando al usuario y/o su grupo familiar, correspondientes a abordaje de casos SISVECOS, SIVIM y SIVELCE.
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	Realización de informes de los eventos de salud mental abordados, correspondientes a los eventos de SISVECOS, SIVIM y SIVELCE, debidamente diligenciados. Realización de contacto y seguimiento telefónico a los eventos de salud mental intervenidos en el transcurso del mes. Realizacion de canalizaciones a entidades correspondientes Reporte de cada uno de los casos fallidos obtenidos en el plazo de ejecución
3	Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato	Realización de ajustes al cronograma de Octubre y Realización Cronograma Mes de Noviembre.
4	Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estandares de habilitación y acreditación de servicios de salud.	Asistencia a reunión mensual del equipo de salud mental.
5	Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal.	Mensualmente se realizan 38 IEC de alto impacto dentro de las localidad, Antonio Nariño, Rafael Uribe, Santa fe, Martires, Candelaria y San Cristobal.
6	Diligenciar de manera completa, adecuada, ordenada y legible todos los formatos requeridos en las diferentes intervenciones de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal.	diligenciamiento de cada uno de los formatos correspondientes al subsistema sivim, sisvecos y sivelce. Asi como canalizaciones y matriz de canalización a espacio vivienda.

Observaciones:

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

Firma del Contratista

C.C. 1.022.945.350 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	MARIA CRISTINA DUARTE
CARGO:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA DE LA SALUD
FIRMA	

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

Señor(a): MAYERLI NATHALY UYASAN SALAZAR
No. Identificación: CC1022945350
Dirección: CALLE 57 D SUR NO. 78 M 68
Telefono: 4610673
Correo: natha2388@hotmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8330095851

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	MAYERLI NATHALY UYASAN SALAZAR
Tipo y número de identificación	CC1022945350
Número de planilla	8330095851
Fecha pago	2018-09-17
Número de autorización pago	30095851
Banco	1052

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

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	29300	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	192000	1
EPS008	Compensar EPS	150000	1

8330095851

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1022945350
APELLIDOS Y NOMBRES: MAYERLI NATHALY UYASAN SALAZAR

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
EPS008	25-14	1200000	1200000	1200000	0	150000	0	192000	0	29300	0

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

SEP 17 2018 - 13:17:59
CORRESPONSAL
EXITO FONTIBON
AVE CENTENARIO 106-104

SERVICIO: 1138
FACTURA: 00000000000000008330095851
VALOR: $ 371.300

TOTAL: $ 371.300

FORMATO - TRANSACCION RECAUDO MANUAL CB

Señor Usuario tenga en cuenta que la presente información tiene como finalidad, servir de soporte de la transacción en caso de existir inconsistencias. La información diligenciada por usted tiene naturaleza confidencial y no tendrá un uso distinto a lo antes informado. Lo anterior conforme a lo dispuesto en la Ley 1266 de 2008 y Ley 1581 de 2012.

REFERENCIA - RECAUDO DE PILA

8	3	3	0	0	9	5	8	5	1	

Fecha: 17-09-18 Trx: _____ Valor: 371.300 0 _____

cliente: Nathaly Lyesans cedula: 1022945350

Señor Usuario, el No. de planilla al cual realiza el aporte debe ser anotado y verificado. No se realizan devoluciones ni correciones.

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:	5062-2018	**C.D.P. No.:**	2423	**Proceso al que pertene**	PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PSPIC
				Unidad a la que pertene	SALUD PUBLICA

Nombre del Contratista: MAYERLI NATHALY UYASAN SALAZAR **C.C.** 1.022.945.350 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2018-07-09 **Fecha Terminación incial:** 2018-08-08 **Valor Mensual** $ 3.000.000 **Valor a cobrar:** $ 3.000.000

ADICION / 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				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD	NÚMERO DE PLANILLA
1	JULIO	$ 2.053.333	$ 254.500	8328890607
2	AGOSTO	$ 2.800.000	$ 346.500	8329147053
3	SEPTIEMBRE	$ 3.000.000	$ 371.300	8330095851
4	OCTUBRE	$ 3.000.000	$ 371.300	8330095851
5	NOVIEMBRE	$ 3.000.000	$ 371.300	8331273243
6				
7				
8				
9				
10				

Resumen de contrato	VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
	$ 2.800.000	$ 17.153.333	$ 13.853.333	$ 3.300.000

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

OBJETO DEL CONTRATO

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

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

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCION DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE.	Se efectúan Visitas domiciliarias de eventos de salud mental notificados, orientando al usuario y/o su grupo familiar, correspondientes a abordaje de casos SISVECOS, SIVIM y SIVELCE.
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	Realización de informes de los eventos de salud mental abordados, correspondientes a los eventos de SISVECOS, SIVIM y SIVELCE; debidamente diligenciados. Realización de contacto y seguimiento telefónico a los eventos de salud mental intervenidos en el transcurso del mes. Realización de canalizaciones a entidades correspondientes. Reporte de cada uno de los casos fallidos obtenidos en el plazo de ejecución
3	Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato	Realización de ajustes al cronograma de Octubre y Realización Cronograma Mes de Noviembre.
4	Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los plames de mejoramiento de los diferentes estandares de habilitación y acreditación de servicios de salud.	Asistencia a reunión mensual del equipo de salud mental.
5	Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal.	Mensualmente se realizan 38 IEC de alto impacto dentro de las localidad, Antonio Nariño, Rafael Uribe, Santa fe, Martires, Candelaria y San Cristobal.
6	Diligenciar de manera completa, adecuada, ordenada y legible todos los formatos requeridos en las diferentes intervenciones de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal.	Diligenciamiento de cada uno de los formatos correspondientes al subsistema sivim, sisvecos y sivelce. Asi como canalizaciones y matriz de canalización a espacio vivienda.

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. 1.022.945.350 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	MARIA CRISTINA DUARTE
CARGO:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO EN SALUD
FIRMA	

Señor(es): MAYERLI NATHALY UYASAN SALAZAR
Nit: CC 1022945350
Dirección: CALLE 57 D SUR No. 78 M 68
Teléfono: 4610673 **Fax:**
Ciudad: BOGOTA, D.C.

Respetado(s) señor(es)

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

compensar | miplanilla.com

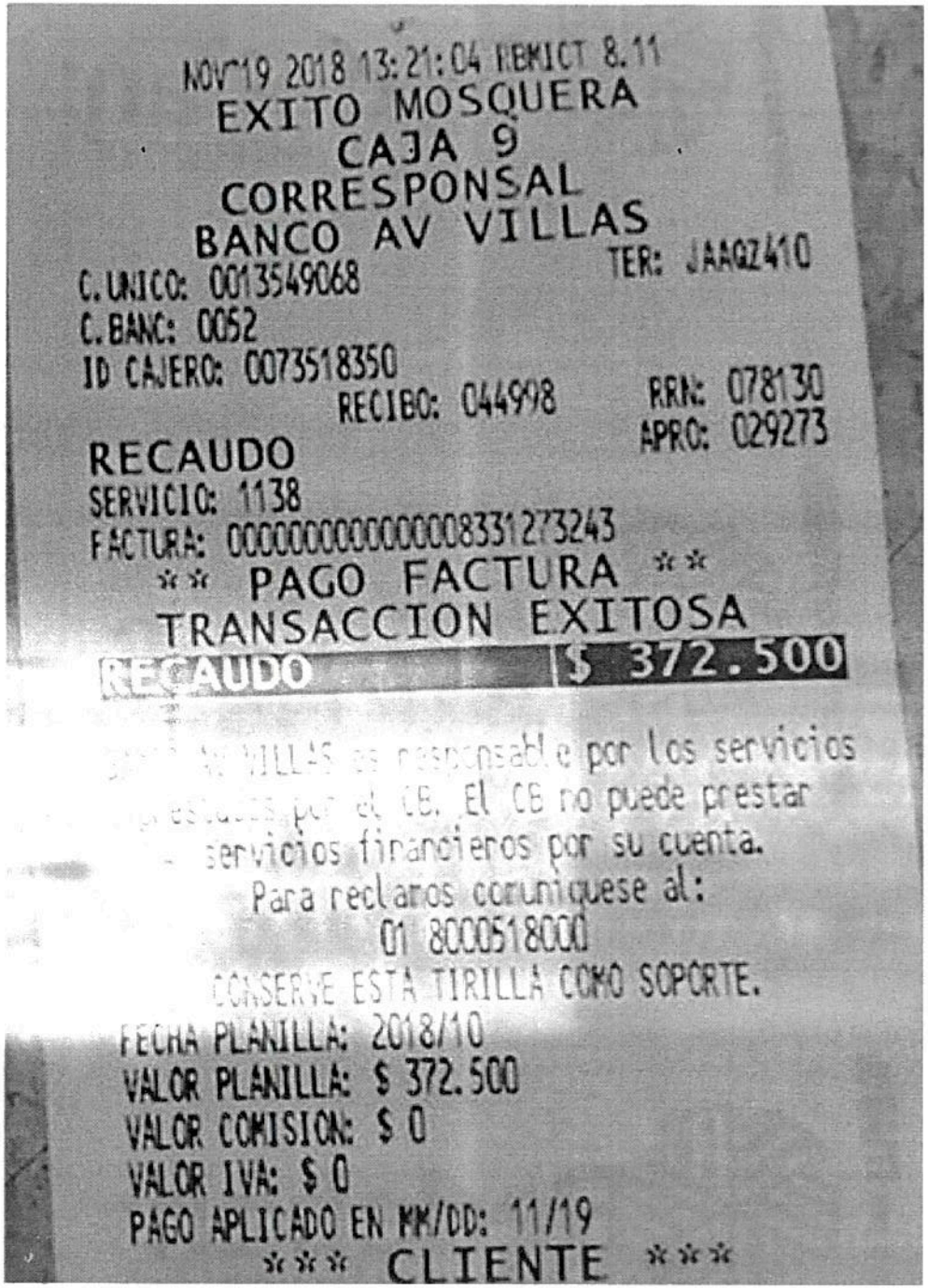
Nombre	MAYERLI NATHALY UYASAI
Tipo y número de identificación	1022945350
Número de radicación planilla	8331273243
Fecha de pago	11/19/2018
Número de autorización de pago	31273243
Banco	1052
Valor Comisión	$0

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	$372.500
Total interes mora	$1.200

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	$29.400	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	$192.600	1
EPS008	Compensar EPS	$150.500	1

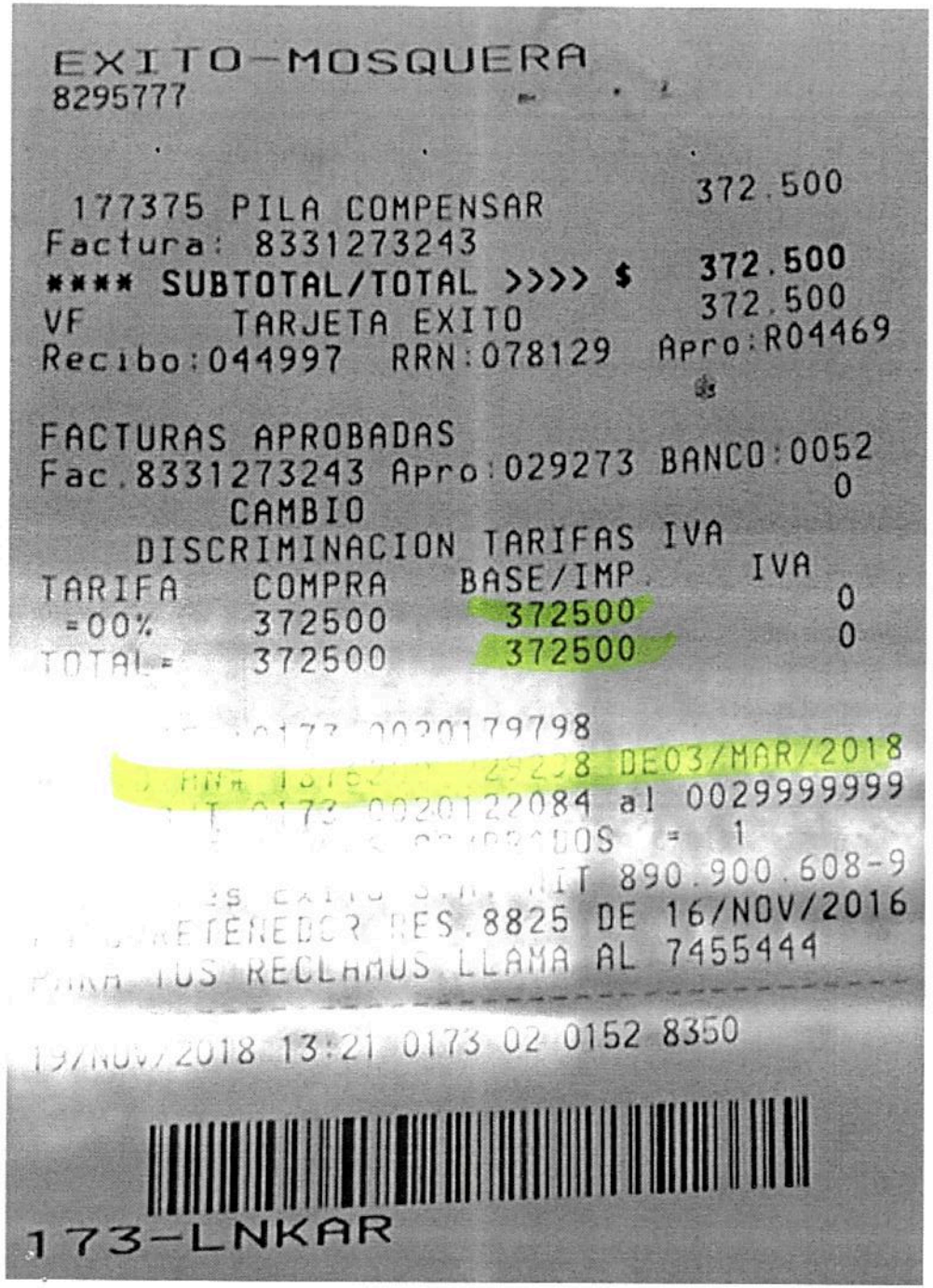
PAGADO

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



NOV 19 2018 13:21:04 NEMICT 8.11
EXITO MOSQUERA
CAJA 9
CORRESPONSAL
BANCO AV VILLAS
C.UNICO: 0013549068 TER: JAAQZ410
C.BANC: 0052
ID CAJERO: 0073518350
RECIBO: 044998 RRN: 078130
APRO: 029273
RECAUDO
SERVICIO: 1138
FACTURA: 00000000000000008331273243
** PAGO FACTURA **
TRANSACCION EXITOSA
RECAUDO $ 372.500

AV VILLAS es responsable por los servicios prestados por el CB. El CB no puede prestar servicios financieros por su cuenta.
Para reclamos comuníquese al:
01 8000518000
CONSERVE ESTA TIRILLA COMO SOPORTE.
FECHA PLANILLA: 2018/10
VALOR PLANILLA: $ 372.500
VALOR COMISION: $ 0
VALOR IVA: $ 0
PAGO APLICADO EN MM/DD: 11/19
*** CLIENTE ***



EXITO-MOSQUERA
8295777

177375 PILA COMPENSAR 372.500
Factura: 8331273243
**** SUBTOTAL/TOTAL >>>> $ 372.500
372.500
VF TARJETA EXITO
Recibo:044997 RRN:078129 Apro:R04469

FACTURAS APROBADAS
Fac.8331273243 Apro:029273 BANCO:0052
0
CAMBIO
DISCRIMINACION TARIFAS IVA

TARIFA	COMPRA	BASE/IMP.	IVA
=00%	372500	372500	0
TOTAL=	372500	372500	0

0020179798
DE03/MAR/2018
0020122084 al 0029999999
= 1
NIT 890.900.608-9
RETENEDOR RES.8825 DE 16/NOV/2016
PARA TUS RECLAMOS LLAMA AL 7455444

19/NOV/2018 13:21 0173 02 0152 8350

173-LNKAR

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:	5062-2018	**C.D.P. No.:**	2423	**Proceso al que pertene**	PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PSPIC
				Unidad a la que perten	SALUD PUBLICA

Nombre del Contratista: MAYERLI NATHALY UYASAN SALAZAR **C.C.** 1.022.945.350 **de:** BOGOTA

Fecha 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				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD	NÚMERO DE PLANILLA
1	JULIO	$ 2.053.333	$ 254.500	8328890607
2	AGOSTO	$ 2.800.000	$ 346.500	8329147053
3	SEPTIEMBRE	$ 3.000.000	$ 371.300	8330095851
4	OCTUBRE	$ 3.000.000	$ 371.300	8330095851
5	NOVIEMBRE	$ 3.000.000	$ 371.300	8331273243
6	DICIEMBRE	$ 3.000.000	$ 371.300	8331495410
7				
8				
9				
10				

Resumen de contrato	VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
	$ 2.800.000	$ 17.153.333	$ 16.853.333	$ 300.000

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

OBJETO DEL CONTRATO

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

Relación de actividades para el pe **Desde:** 2018-12-01 **Hasta:** 2018-12-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE.	Se efectúan Visitas domiciliarias de eventos de salud mental notificados, orientando al usuario y/o su grupo familiar, correspondientes a abordaje de casos SISVECOS, SIVIM y SIVELCE.
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	Realización de informes de los eventos de salud mental abordados, correspondientes a los eventos de SISVECOS, SIVIM y SIVELCE; debidamente diligenciados. Realización de contacto y seguimiento telefónico a los eventos de salud mental intervenidos en el transcurso del mes. Realización de canalizaciones a entidades correspondientes. Reporte de cada uno de los casos fallidos obtenidos en el plazo de ejecución
3	Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato	Realización de ajustes al cronograma de Octubre y Realización Cronograma Mes de Diciembre.
4	Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los plames de mejoramiento de los diferentes estandares de habilitación y acreditación de servicios de salud.	Asistencia a reunión mensual del equipo de salud mental.
5	Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal.	Mensualmente se realizan 38 IEC de alto impacto dentro de las localidad, Antonio Nariño, Rafael Uribe, Santa fe, Martires, Candelaria y San Cristobal.
6	Diligenciar de manera completa, adecuada, ordenada y legible todos los formatos requeridos en las diferentes intervenciones de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal.	Diligenciamiento de cada uno de los formatos correspondientes al subsistema sivim, sisvecos y sivelce. Asi como canalizaciones y matriz de canalización a espacio vivienda.

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. 1.022.945.350 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	MARIA CRISTINA DUARTE
CARGO:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO EN SALUD
FIRMA	

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

Señor(a): MAYERLI NATHALY UYASAN SALAZAR
No. Identificación: CC1022945350
Dirección: CALLE 57 D SUR NO. 78 M 68
Telefono: 4610673
Correo: natha2388@hotmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8331495410

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	MAYERLI NATHALY UYASAN SALAZAR
Tipo y número de identificación	CC1022945350
Número de planilla	8331495410
Fecha pago	2018-12-12
Número de autorización pago	31495410
Banco	1052

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	noviembre de 2018
Periodo de Cotización Pensión	noviembre de 2018
Número de Administradoras	3
Total Pagado	371300
Total Intereses de Mora	0

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	29300	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	192000	1
EPS008	Compensar EPS	150000	1

8331495410

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1022945350
APELLIDOS Y NOMBRES: MAYERLI NATHALY UYASAN SALAZAR

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
EPS008	25-14	1200000	1200000	1200000	0	150000	0	192000	0	29300	0

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

EXITO-MOSQUERA
8295777

177375 PILA COMPENSAR 371.300
Factura: 8331495410
**** SUBTOTAL/TOTAL >>>> $ 371.300
EFECTIVO 400.000
FACTURAS APROBADAS
Fac.8331495410 Aprо:012152 BANCO:0052
CAMBIO 28.700
DISCRIMINACION TARIFAS IVA

TARIFA	COMPRA	BASE/IMP.	IVA
=00%	371300	371300	0
TOTAL=	371300	371300	0

TIQUETE :0173 0010358303
RES.DIAN# 18762007229298 DE03/MAR/2018
RANG.AUT.0173 0010280399 al 0019999999
TOTAL ARTICULOS COMPRADOS = 1
Almacenes Exito S.A. NIT 890.900.608-9
AUTORRETENEDOR RES.8825 DE 16/NOV/2016
PARA TUS RECLAMOS LLAMA AL 7455444

12/DIC/2018 11:35 0173 01 0113 5110

173-137CF

DIC 12 2018 11:35:47 REMICT 8.11
EXITO MOSQUERA
CAJA 12
CORRESPONSAL
BANCO AV VILLAS
C.UNICO: 0013549068 TER: JAAQZ400
C.BANC: 0052
ID CAJERO: 0030575110
RECIBO: 034808 RRN: 063131
RECAUDO APRO: 012152
SERVICIO: 1138
FACTURA: 0000000000000008331495410
** PAGO FACTURA **
TRANSACCION EXITOSA
RECAUDO $ 371.300

BANCO AV VILLAS es responsable por los servicios prestados por el CB. El CB no puede prestar servicios financieros por su cuenta.
Para reclamos comuniquese al:
01 8000518000
CONSERVE ESTA TIRILLA COMO SOPORTE.
FECHA PLANILLA: 2018/11
VALOR PLANILLA: $ 371.300
VALOR COMISION: $ 0
VALOR IVA: $ 0
PAGO APLICADO EN AM/DD: 12/12
*** CLIENTE ***