4474



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: | 4474-2018 | C.D.P. No.: | 2667 | Proceso al que pertene | PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC |
| | | | | Unidad a la que perten | SALUD PUBLICA - ESPACIO PUBLICO |
| Nombre del Contratista: | HERNAN ALBERTO ACOSTA SILVA | | | C.C. | 11.251.682 de: BOGOTÁ |
| Fecha Inicio: | 2018-07-04 | Fecha Terminación incial: | 2018-09-04 | Valor Mensua | $ 1.200.000 Valor a cobrar: $ 1.200.000 |

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | $ 1.200.000 | 2667 | 2018-08-03 | 2018-09-04 |
| 2 | $ 4.800.000 | 2857 | 2018-09-05 | 2019-01-03 |
| 3 | | | 2019-01-04 | 2019-03-03 |
| 4 | $ 2.400.000 | 8 | | |
| 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 | $ 1.080.000 | $ 241.800 | 1013713524 |
| 2 | AGOSTO | $ 1.200.000 | $ 241.800 | 1013713524 |
| 3 | SEPTIEMBRE | $ 1.200.000 | $ 241.800 | 1014906650 |
| 4 | OCTUBRE | $ 1.200.000 | $ 241.800 | 1014906650 |
| 5 | NOVIEMBRE | $ 1.200.000 | $ 241.800 | 1016090925 |
| 6 | DICIEMBRE | $ 1.200.000 | $ 241.800 | 1016773878 |
| 7 | ENERO | $ 1.200.000 | $ 241.800 | 1017381888 |
| 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 |
|---|---|---|---|---|
| | $ 1.200.000 | $ 9.600.000 | $ 8.280.000 | $ 1.320.000 |

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

**OBJETO DEL CONTRATO**

PRESTAR SERVICIOS COMO AGENTE DE CAMBIO DESARROLANDO ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES DE ACCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIO S DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE

Relación de actividades para el periodo: o Desde: 2019-01-01 Hasta: 2019-01-31

| | 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 | Se realiza articulación con los diferentes actores sociales, institucionales y fundaciones de las localidades de San Cristobal y Santafe pertenecientes a la subred Centro Oriente, en las cuales se realiza georeferenciación de las zonas donde existen riesgos por consumos problematicos de sustancias psicoactivas y la ingersta de alcohol se realizaron convocatorias y acompañamientos para el desarrollo de espacios comunitarios, tambien se realizo convocatoria para acciones individuales como: tamizaje desde psicosocial, trabajo social, abordaje desde los diferentes perfiles, pruebas de VIH y Sifilis en prevención ITS, tambien se apoyan jornadas de farra en la buena. |
| 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. | Presentacion de soportes para la estrategia de vinculate servicios de acogida, solicitados (actas y listados) con el fin de corroborar las actividades contractuales. |
| 3 | Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato. | Se presenta al cronograma de actividades del mes, preauditoria. |

Observaciones:

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

Hernan Acosta S
Firma del Contratista

C.C. 11.251.682 de BOGOTÁ

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

Simple

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2019-01-14, 09:57:09 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1017381888

**Periodo Cotización:** diciembre de 2018 **Periodo Servicio:** diciembre de 2018 **Referencia pago (PIN):** 8892742820

**PAGADO 14/01/2019**

## I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | HERNAN ALBERTO ACOSTA SILVA | | |
| **Documento** | CC11251682 | **Dirección** | CARRERA 31 NO. 4361 SUR CLARET |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3114645374 |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO |
| **Ciudad** | BOGOTA D.C. | **Departamento** | BOGOTA D.C. |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | |
| **Total Afiliados** | 1 | **ARP** | SEGUROS BOLIVAR |

## II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | RET P | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días APP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | A Mi |
| CC 11251682 | HERNAN ALBERTO ACOSTA SILVA | 59 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 0 | (230301) PORVENIR | $ 781,242 | $ 125,000 | (EPS017) FAMISANAR EPS | $ 781,242 | $ 97,700 | 2.436 | $ 781,242 | $ 19,100 | (NIN-CC) NINGUNA CCF | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | |

## III.TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 781,242 | $ 781,242 | $ 781,242 | $ 0 | $ 125,000 | $ 97,700 | $ 19,100 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 241,800 | $ 0 | $ 241,800 |



Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.



# PAGO DE FACTURAS

SIMPLE S.A

NUM APROBACION: 869479
REFERENCIA: 8892742820
FECHA EFECTIVA: VIE 11 ENE 19
# TRANSACCION: 199757233435
VALOR: 241.800
FECHA EXPE:VIE11 ENE 19 16:15:14
011-03945889-083
779294-639469-944626-069393-73
CORRESPONSAL BANCARIO PARA
BANCO DE OCCIDENTE. LA IMPRE-
SION DE ESTE TIQUETE IMPLICA
SU ACEPTACION. VERIFIQUE LA
INFORMACION. ESTE ES EL UNICO
RECIBO OFICIAL DE PAGO REQUE-
RIMIENTOS
SERVICIOALCLIENTE@PAGOSIMPLE.COM

VERIFIQUE EL PIN DEL TICKET
AGT 12776 CLR 53131621
04126824-511082

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-4475-2018 | **C.D.P. No.:** | 2423 | **Proceso al que pertenece:** | PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC |
| | | | | **Unidad a la que pertenece:** | SALUD PUBLICA - ESPACIO PUBLICO |

**Nombre del Contratista:** NUBIA FABIOLA HERNANDEZ RODRIGUEZ **C.C.** 52.099.489 **de:** BOGOTÁ

**Fecha Inicio:** 2018-07-04 **Fecha Terminación incial:** 2018-08-03 **Valor Mensual:** $ 1.200.000 **Valor a cobrar:** $ 1.200.000

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | $ 1.200.000 | 2667 | 2018-08-04 | 2018-09-04 |
| 2 | $ 4.800.000 | 2857 | 2018-09-05 | 2019-01-04 |
| 3 | | | 2019-01-05 | 2019-03-03 |
| 4 | $ 2.400.000 | 8 | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |
| 14 | | | | |
| 15 | | | | |
| 16 | | | | |

| Nº CTA | MES DE CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR | VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL | NÚMERO DE PLANILLA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | JULIO | $ 1.080.000 | $ 241.800 | 1013623956 |
| 2 | AGOSTO | $ 1.200.000 | $ 241.800 | 1014174031 |
| 3 | SEPTIEMBRE | $ 1.200.000 | $ 241.800 | 1014174031 |
| 4 | OCTUBRE | $ 1.200.000 | $ 241.800 | 1016177909 |
| 5 | NOVIEMBRE | $ 1.200.000 | $ 241.800 | 1016178151 |
| 6 | DICIEMBRE | $ 1.200.000 | $ 241.800 | 1016773748 |
| 7 | ENERO | $ 1.200.000 | $ 241.800 | 1017349744 |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |
| 14 | | | | |
| 15 | | | | |
| 16 | | | | |

**Resumen de contrato**

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 1.200.000 | $ 9.600.000 | $ 8.280.000 | $ 1.320.000 |

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

**OBJETO DEL CONTRATO**

PRESTAR SERVICIOS COMO AGENTE DE CAMBIO 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:** 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 | Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE | Se caracteriza por ejecutar acciones dirigidas al desarrollo social a partir de la participacion comunitaria que favorezcen la relacion social y la coheción al interior del barrio reconocer el goce efectivo del equipamento barrial que beneficia la practica de habitos saludables y promueve la participacion activa de autoridades locales organizaciones y la coordinacion intersectorial |
| 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 contenido en el Contrato suscrito con el Fondo Financiero Distrital. | se presenta la informacion y soportes solicitados con el fin de corroborar las actividades contractuales, como lo son: Actas de convocatoria y listados, datos para la realización de informes correspondientes. |
| 3 | Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato. | Reconocer y potenciar los saberes y practicas de la comunidad las instituciones, otros sectores y diferentes agentes del sector salud para el mejoramiento y mantenimiento de la calidad de vida de los habitantes del barrio a traves de acciones de base comunitaria con enfoque diferencial y poblacional que indican el contecto terrtitorial . Se presenta el cronograma de actividades del mes , preauditoria. |
| 4 | | |
| 5 | | |

**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.** 52.099.489 **de** BOGOTÁ

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

# PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

**Fecha creación reporte** 2019-01-09, 09:45:44 AM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1017349744 **Referencia pago(PIN)** 8894791550

**Periodo Cotización** 201812 **Periodo Servicio** 201812

**Cliente:**

## PAGADA 2019-01-09

### I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Razón Social** | NUBIA FABIOLA HERNANDEZ | | | | |
| **Documento** | CC 52099489 | **Dirección** | CLL 3 4957 SUR | | |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 7712979 | | |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO | **Total Afiliados** | 1 |
| **Ciudad** | BOGOTA D.C. | **Departamento** | BOGOTA D.C. | | |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | | | |

### II. DATOS DEL AFILIADO

| **Documento** | CC 52099489 | | **Residente** | | **Exonerado** | N | **Apellidos y Nombres** | **Código Ciudad - Departamento** | **Centro de Trabajo** | **Ubicación Laboral** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tipo Cotizante | 59 | 00 | | | | | HERNANDEZ RODRIGUEZ NUBIA FABIOLA | 11001000 - 11 | | BOGOTA D.C. |

### III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

| Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Extranjero | S. Integral | Salario | Pensión | | | | | | Salud | | | | | | Riesgos | | | | | | Caja | | | | Parafiscales | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | | | | Código AFP | Código Tras. AFP | Tarifa AFP | IBC | Total Aporte AFP | Total Aporte FSP | Total Aporte FSPS | Código EPS | Código Tras. EPS | Tarifa EPS | IBC EPS | Aporte Salud | Aporte UPC | Código ARL | Clase Riesgo | Tarifa ARL | IBC ARL | Aporte Riesgos | Código CCF | Tarifa CCF | IBC CCF | Aporte Caja | Tarifa SENA | Aporta SENA | Tarifa ICBF | Aporte ICBF |
| | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 0 | | | $ 781,242 | 25-14 | | 16 % | $ 781,242 | $ 125,000 | $ 0 | $ 0 | EPS008 | | 12.5 % | $ 781,242 | $ 97,700 | $ 0 | 14-7 | 3 | 2.436 % | $ 781,242 | $ 19,100 | NIN-CC | 0 % | $ 0 | $ 0 | 0 % | $ 0 | 0 % | $ 0 |

### IV.TOTALES

| Total Aportes Pensión | Total Aportes FSP | Total Aportes FSPS | Total Aportes Salud | Total Aportes Riesgos | Total Aportes Cajas | Total Aportes SENA | Total Aportes ICBF | Total Aportes ESAP | Total Aportes MEN | Total Final |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| COLPENSIONES | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | COMPENSAR EPS | SEGUROS BOLIVAR | NINGUNA CCF | SENA | ICBF | ESAP | MEN | |
| $ 125,000 | $ 0 | $ 0 | $ 97,700 | $ 19,100 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 241,800 |



Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 -
¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Bancompartir No. 1 1327659

8738085888F7561937763F6664356

PRODUCTO

AHORROS
AHORRO TRADICIONAL
Nro.contrato: ******0460015441

TRANSACCION

DEP

2-CONSIGNACION AHORROS
N.Transaccion: 239928
N.Movimiento: 34156337
Fecha: 09/01/2019
Hora: 05:26:5057
Oficina: X039 - CAMI DIANA TURBAY
Caja: 6
CAJA PRINCIPAL DIANA TURBAY
Cajero: juanc.martinez
VALOR TOTAL: 241,800.00
Efectivo: 241,800.00
Cheque: .00

DETALLE

Ref1: 8894791550
Ref2: 241800
Ref3: 201812
Ref4: 8894791550
Ref5: 8894791550

- CLIENTE -

DATOS CLIENTE

Nombre: SIMPLE-SISTEMA INTEGRADO MULTIPLE DE

**Crédito:** Pago Normal ☐ Abono a Cuotas ☐ Pago Total ☐
Reducir Plazo ☐ Reducir Cuota ☐

**Ahorro:** Consignación ☐ Retiro ☐

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Valor de la Operación $ 241.800=

Nombre de quien realiza la operación: Lobaldo Hernandez B

Firma: Lobaldo Hernandez B

Teléfono: 3103117955

C.C. No. 5209943 Bta

ESTIMADO CLIENTE: VERIFIQUE SU TRANSACCIÓN ANTES DE FIRMAR