Secretaría Distrital de Salud
Centro Oriente E.S.E.

4768

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:	4768	**C.D.P. No.:**	2423	**Proceso al que pertenece:**	PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC
				Unidad a la que pertenece:	SALUD PUBLICA - ESPACIO VIVIENDA

Nombre del Contratista: MARIA LILIA HERNANDEZ HERNADEZ **C.C.** 40.145.152 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2018-07-09 **Fecha Terminación inicial:** 2018-08-08 **Valor Mensual:** $ 1.200.000 **Valor a cobrar:** $ 880.000

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	NUMERO DE PLANILLA
1	JULIO	$ 880.000	$ 119.200	1014254203
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
$ 1.200.000	$ 1.200.000	$ 880.000	$ 320.000

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS COMO GESTOR COMUNITARIO 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:** 2018-07-09 **Hasta:** 2018-07-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACION
1	1) Desarrollar las actividades que se generen directa e indirectamente del objeto contractual en las Unidades de prestacion de servicios asignadas de acuerdo con la programacion de actividades	Verificacion de datos en comprobador de derechos y aplicativo Pai. Georeferenciacion
2	2) Colaborar con la SUBRED, para que el objeto del contrato se cumpla	Realizar la depuracion, validacion de bases. Conteo uno a uno de vacunados en programa pai. Verificar el numero de usuarios unicos vacunados por PAI por localidad
3	3) Acatar las instrucciones que durante el desarrollo del contrato imparta la SUBRED a traves del supervisor del contrato.	Hacer verificaciones de direcciones y telefonos apoyandonos en diferentes aplicativos , llenando informacion con upz y localidad
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

Observaciones:

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

M Lelig Hernandez
Firma del Contratista

C.C. 40.145.152 **de** BOGOTA

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

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2018-07-19, 08:53:09 AM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1014254203 **Referencia pago(PIN)** 8891717550

Periodo Cotización 201807 **Periodo Servicio** 201807

Cliente:

PAGADA 2018-07-11

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MARIA LILIA HERNANDEZ HERNANDEZ				
Documento	CC 40145152	**Dirección**	CALLE 9 ESTE N 8-89 SUR BARRIO BITELMA		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3133878564		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal	HERNANDEZ HERNANDEZ MARIA LILIA	**Identificación**	CC 40145152		

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 40145152		Residente		Exonerado	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	57	03					HERNANDEZ HERNANDEZ LILIA	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	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	0	30	30	0			$ 880.000	NN-AF		0 %	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	EPS017		12,5 %	$ 880.000	$ 110.000	$ 0	14-7	2	1,044 %	$ 880.000	$ 9.200	NN-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
NINGUNA AFP	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	FAMISANAR EPS	SEGUROS BOLIVAR	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 0	$ 0	$ 0	$ 110.000	$ 9.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 119.200

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 655 30 03 - Pereira: 313 93 00 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL

CONSTANCIA POR PÉRDIDA DE DOCUMENTOS Y/O ELEMENTOS

Se expide el: jueves, 19 de julio de 2018 **Consecutivo Nro.:** 4014515223027018

La Policía Nacional de Colombia Certifica que el día 19/07/2018, a las 11:14 a. m. el(La) señor(a) MARÍA LILIA HERNANDEZ HERNANDEZ identificado(a) con 7 No. 40145152, reportó el extravío del(los) documento(s) o elemento(s) relacionado(s) a continuación:

Tipo documento/elemento	Número	Descripción	Marca	Modelo
Factura	1014254203	COMPROBANTE DE PAGO DE LA EPS		

La presente constancia se puede verificar en www.policia.gov.co mediante el número de consecutivo 4014515223027018.

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

PAGOSIMPLE | REPORTE INDI\ )UAL

Fecha creación reporte 2018-07-23, 05:19:54 PM **Tipo Planilla** N **Número Planilla** 1014474396 **Referencia pago(PIN)** 8892082590

Planilla Corregida Nro 1014254203 **Periodo Cotización** 201807 **Periodo Servicio** 201807

Cliente:

PAGADA 2018-07-23

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MARIA LILIA HERNANDEZ HERNANDEZ				
Documento	CC 40145152	**Dirección**	CALLE 9 ESTE N 8-89 SUR BARRIO BITELMA		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3133878564		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal	HERNANDEZ HERNANDEZ MARIA LILIA	**Identificación**	CC 40145152		

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 40145152		Residente		Exonerado	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	57	03					HERNANDEZ HERNANDEZ LILIA	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			
INA	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	VCT	AVP	VCT	IRP	DIAS AFP	DIAS EPS	DIAS ARP	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	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
							C								0	0	30	30	0			$ 880.000	NIN-AF		0 %	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	EPS017		12,5 %	$ 880.000	$ 110.000	$ 0	14-7	3	2,436 %	$ 880.000	$ 21.500	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
NINGUNA AFP	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	FAMISANAR EPS	SEGUROS BOLIVAR	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 12.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 12.300

DOCUMENTO SOPORTE
COLSUBSIDIO
RESTREPO

NOMBRE : PLANILLA SIMPLE RECAUDO
NIT : 900.097.333-9
CODIGO : 20596
REFERENCIA : 8892082590
PLANILLA : 1014474396
PERIODO : 2018/07
REFERENCIA 2: 8892082590

Código Descripción Cant Valor
693927 RECAUDO PLA 1 12300
12300

DOCUMENTO
1807230009656647
CONSECUTIVO: 001

JUL 23, 18 14:35

23/Jul/2018 14:35 4800 09 0022 3063963
(COPIA CLIENTE)

a: 655 30 03 - Pereira: 313 93 00 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 -

¡El Poder de lo SIMPLE!

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
214300

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

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	4768	**C.D.P. No.:**	2423	**Proceso al que pertenece:**	PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC
				Unidad a la que pertenece:	SALUD PUBLICA - ESPACIO VIVIENDA

Nombre del Contratista: MARÍA LILIA HERNANDEZ HERNANDEZ **C.C.** 40.145.152 **de:** AMAZONAS

Fecha Inicio: 2018-07-09 **Fecha Terminación incial:** 2018-08-08 **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	2807	2018-08-09	2018-09-08
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

N° CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	JULIO	$ 880.000	$ 116.800	1014438463
3	AGOSTO	$ 1.200.000	$ 116.800	1014474434
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
$ 1.200.000	$ 2.400.000	$ 2.080.000	$ 320.000

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS COMO GESTOR COMUNITARIO 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:** 2018-08-30

	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 E.S.E.	Verificacion de datos en comprobador de derechos y aplicativo Pai. Georeferenciacion
2	2) Apoyar la prestacion de servicio en el PIC, presentansdo la informacion y/o soportes que soliciten y que corresponde al objeto y/o actividades contractuales y de acuerdo a los anexos y lineamientos contenidos en el contrato suscrito con el FFD.	Realizar la depuracion, validacion de bases. Conteo uno a uno de vacunados en programa pai. Verificar el numero de usuarios unicos vacunados por PAI por localidad.
3	3) Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. Conteidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato	Hacer verificaciones de direcciones y telefonos apoyandonos en diferentes aplicativos , llenando informacion con upz y localidad .
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

M Lilia
Firma del Contratista

C.C. 40.145.152 de AMAZONAS

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

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

ADICIÓN No. 1 AL CONTRATO No. PS 4768 2018 SUSCRITO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y LILIA HERNANDEZ HERNANDEZ con C.C No. 40.145.152

Entre los suscritos a saber, por una parte, **LUIS FERNANDO PINEDA ÁVILA**, mayor de edad, domiciliado y residente en la ciudad de Bogotá, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 79.269.492 de Bogotá, D.C., en su calidad de Ordenador del gasto de la Sub Red Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E, de conformidad con la delegación conferida a través de la Resolución No. 284 del veintisiete (27) de junio de dos mil dieciocho (2018) expedida por la Gerente, quien en adelante se denominará la **SUBRED** y por otra parte **LILIA HERNANDEZ HERNANDEZ,** también mayor de edad, identificado (a) con cédula de ciudadanía **No. 40.145.152**, quien en adelante se denominará **EL CONTRATISTA,** hemos convenido celebrar la presente adición previa las siguientes consideraciones: **1)** Que, la contratación de las Empresas Sociales del Estado se rige por el Derecho Privado, de conformidad con el numeral 6 del artículo 195 de la Ley 100 de 1993, el Acuerdo 27 de 2017- Estatuto de Contratación y Resolución 794 de 2017- Manual de contratación de la Subred. **2.)** Que con fecha 09 DE JULIO DE 2018, se suscribió el contrato de prestación de servicios No. PS 4768 2018, cuyo objeto consiste en " PRESTAR SERVICIOS COMO GESTOR COMUNITARIO DESARROLLANDO ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.. **3)** Que el plazo de ejecución se pactó hasta el 8 DE AGOSTO DE 2018. **4)** Que el valor del contrato se pactó en la suma de UN MILLON DOSCIENTOS MIL PESOS M/CTE ($1.200.000.oo). **5.)** Que con base en las disposiciones de la Resolución 794 de 2017- Manual de contratación de la Subred vigente, numeral 3.2.3 Inciso tercero: "*Los contratos de prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión, podrán adicionarse cuantas veces sea necesario, dentro de la misma vigencia fiscal, siempre y cuando el objeto del Contrato no sea modificado. No obstante, las adiciones no superaran el mes de enero del siguiente año*". **6)** Que, conforme a lo dispuesto en el parágrafo de la cláusula décima primera del contrato, la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E queda facultada para adicionar cuantas veces sea necesario dentro de los doce (12) meses siguientes a la suscripción del contrato siempre que exista una justificación que soporte la adición y las condiciones del mismo lo permitan. **7)** Que, la Subred solicita para dar cumplimiento a las actividades establecidas y contenidas en los lineamientos del contrato del plan de intervenciones colectivas ps pic n.466100-2018 con vigencia julio a diciembre del 2018 y suscrito entre el fondo financiero distrital y la subred integrada de servicios de salud centro oriente E.S.E. En virtud de las anteriores consideraciones, las partes suscriben la presente adición que se regirá por las siguientes Cláusulas: **CLAUSULA PRIMERA**: Adicionar el valor del contrato en la suma de UN MILLON DOSCIENTOS MIL PESOS M/CTE ($1.200.000.oo). **CLÁUSULA SEGUNDA: IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL**: El valor de esta adición se cancelará con cargo al certificado de disponibilidad presupuestal No. 2807 del 09 DE AGOSTO DE 2018. **CLÁUSULA TERCERA: VIGENCIA DE LAS DEMÁS CLÁUSULAS**: La presente adición sólo surte efectos en el clausulado que se modifica, las demás estipulaciones continúan vigentes y sin modificaciones. Para constancia se firma en la ciudad de Bogotá, D.C., el 09 DE AGOSTO DE 2018.

POR LA SUBRED

LUIS FERNANDO PINEDA ÁVILA
SUBGERENTE DE SERVICIOS DE SALUD

POR EL CONTRATISTA

H Lilia

LILIA HERNANDEZ HERNANDEZ
C.C. No. 40.145.152

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

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

Elaboró: Yanessa Lilchyn – Apoyo Administrativo Dirección Contratación OPS

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación repor... 2018-08-15, 03:15:07 PM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1014474434 **Referencia pago(PIN)** 3892082710

Periodo Cotización 201808 **Periodo Servicio** 201808

Cliente:

PAGADA 2018-08-15

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MARIA LILIA HERNANDEZ HERNANDEZ				
Documento	CC 40145152	**Dirección**	CALLE 9 ESTE N 8-89 SUR BARRIO BITELMA		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3133878564		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal	HERNANDEZ HERNANDEZ MARIA LILIA	**Identificación**	CC 40145152		

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 40145152		Residente		Exonerado	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	57	03					HERNANDEZ HERNANDEZ LILIA	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	VIT	IRP	Días AFP	Días ETS	Días ARP	Días CCF					Código AFP	Código Trasl. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Trasl. 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	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	0	29	30	0			$ 781.242	NIN-AF		0 %	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	EPS017		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
NINGUNA AFP	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	FAMISANAR EPS	SEGUROS BOLIVAR	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 0	$ 0	$ 0	$ 97.700	$ 19.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 116.800

¡El Poder de lo SIMPLE!

COLSUBSIDIO
CALLE 26

DOCUMENTO SOPORTE

NOMBRE : PLANILLA SIMPLE RECAUDO
NIT : 900.097.333-9
CODIGO : 20596
REFERENCIA : 8892082710
PLANILLA : 1014474434
PERIODO : 2018/08
REFERENCIA 2: 8892082710

Código	Descripción	Cant	Valor
693927	RECAUDO PLA	1	116800
			116800

DOCUMENTO

1808150011058240
CONSECUTIVO: 001

AGO 15, 18 10:41

15/Ago/2018 10:41 2800 11 0063 5310029
(COPIA CLIENTE)

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
214309

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

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	4768	**C.D.P. No.:**	2807	**Proceso al que pertenece:**	PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC
				Unidad a la que pertenece:	SALUD PUBLICA - ESPACIO VIVIENDA

Nombre del Contratista: MARIA LILIA HERNANDEZ HERNANDEZ **C.C.** 40.145.152 **de:** AMAZONAS

Fecha Inicio: 2018-07-09 **Fecha Terminación inicial:** 2018-08-08 **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	2807	2018-08-09	2018-09-08
3	$ 4.600.000	2857	2018-09-09	2019-01-03
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	NUMERO DE PLANILLA
1	JULIO	$ 880.000	$ 116.800	10144338463
3	AGOSTO	$ 1.200.000	$ 116.800	10144744334
4	SEPTIEMBRE	$ 1.200.000	$ 116.800	10150150235
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
$ 1.200.000	$ 6.880.000	$ 3.280.000	$ 3.600.000

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS COMO GESTOR COMUNITARIO 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 estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	1) Desarrollar las actividades que se generen en forma directa e inmediata del objeto contractual en las Unidades de prestacion de servicios asignadas de acuerdo con la programación de actividades.	Verificacion de datos en comprobador de derechos y aplicativo Pai. Gestion de vacunacion
2	2) Colaborar con la SUBRED, para que el objeto del contrato se cumpla.	Realizar la depuracion, validacion de bases. Conteo uno a uno de vacunados en programa pai. Verificar el numero de usuarios unicos vacunados por PAI por localidad.
3	3) Acatar las instrucciones que durante el desarrollo del contrato imparta la SUBRED a través del supervisor del contrato.	Hacer verificaciones de direcciones y telefonos apoyandonos en differentes aplicativos , llenando informacion con upz y localidad
4	4) No acceder a peticiones o amenazas de quienes actúen por fuera de la ley con el fin de hacer u omitir algún hecho.	Informar al jefe inmediato, cualquier irregularidad
5	5) Tener en cuenta las observaciones y correcciones del supervisor del contrato.	Llevar a cabo con responsabilidad las funciones asignadas
6	6) Garantizar la calidad de los servicios ofrecidos (calidad humana, moral y tecnica)	Respetar las familias visitadas. (No realizar comentarios, ni reirse de los problemas que los aquejan)
7		
8		
9		
10		

Observaciones:

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

Firma del Contratista

C.C. 40.145.152 de AMAZONAS

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

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte: 2018-09-16, 03:49:28 PM Tipo Planilla: I Número Planilla: 1015015025 Referencia pago(PIN): 8892032710

Periodo Cotización: 201809 Periodo Servicio: 201809

Cliente:

PAGADA 2018-09-10 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MARIA LILIA HERNANDEZ HERNANDEZ				
Documento	CC 40145152	Dirección	CALLE 9 ESTE N 8-89 SUR BARRIO BITELMA		
Tipo de Empresa	INDEPEND ENTE	Teléfono	3133878564		
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO	Total Afiliados	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.		
Representante Legal	HERNANDEZ HERNANDEZ MARIA LILIA	Identificación	CC 40145152		

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 40145152		Residente		Exonerado	N	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	57	03					HERNANDEZ HERNANDEZ LILIA	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 ARP	Días CCF									Código AFP	Código Trasl. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Trasl. 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	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
																0	0	30	30	0				$ 781.242	NIN-AF		0 %	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	EPS017		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 Caja	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
NINGUNA AFP	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	FAMISANAR EPS	SEGUROS BOLIVAR	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 0	$ 0	$ 0	$ 97.700	$ 19.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 116.800

¡El Poder de lo SIMPLE!

COLSUBSIDIO
CALLE 26

DOCUMENTO SOPORTE

NOMBRE : PLANILLA SIMPLE RECAUDO
NIT : 900.097.333-9
CODIGO : 20596
REFERENCIA : 8892082710
PLANILLA : 1015015025
PERIODO : 2018/09
REFERENCIA 2: 8892082710

Código	Descripción	Cant	Valor
693927	RECAUDO PLA	1	116800
			116800

DOCUMENTO

1809100017212897
CONSECUTIVO: 001

SEP 10, 18 17:55

10/Sep/2018 17:55 2800 17 0090 6947238
(COPIA CLIENTE)

Secretaría Distrital 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
214899

4768

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

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	4768	**C.D.P. No.:**	2807	**Proceso al que pertenece:**	PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC
				Unidad a la que pertenece:	SALUD PUBLICA - ESPACIO VIVIENDA
Nombre del Contratista:	MARÍA LILIA HERNANDEZ HERNANDEZ			**C.C.**	40.145.152 **de:** AMAZONAS
Fecha Inicio:	2018-07-09	**Fecha Terminación Inicial:**	2018-08-08	**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	2807	2018-08-09	2018-09-08
3	$ 4.600.000	2857	2018-09-09	2019-01-03
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	$ 880.000	$ 116.800	1014438463
3	AGOSTO	$ 1.200.000	$ 116.800	1014474431
4	SEPTIEMBRE	$ 1.200.000	$ 116.800	1015015025
5	OCTUBRE	$ 1.200.000	$ 116.800	1015547477
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
$ 1.200.000	$ 6.880.000	$ 4.480.000	$ 2.400.000

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS COMO GESTOR COMUNITARIO 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: 2018-10-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las empleadas en la cuenta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	1) Desarrollar las actividades que se generen directa e indirectamente del objeto contractual en las Unidades de prestación de servicios asignadas de acuerdo con la programación de actividades.	Desarrolla acciones en el espacio vivienda de acuerdo el lineamientos establecidos de la secretaria de salud y cumplir con los direccionamientos establecidos desde del supervisor del contrato
2	2) Colaborar con la SUBRED, para que el objeto del contrato se cumpla.	Realizar las atenciones individuales y colectivas de a cuerdo con el lineamiento y el plan familiar, a las familias etnicas
3	3) Acatar las instrucciones que durante el desarrollo del contrato imparta la SUBRED a través del supervisor del contrato.	Realizar apropiacion conceptual de los lineamientos suministrados por Secretaria Distrital Salud
4	4) No acceder a peticiones o amenazas de quienes actúen por fuera de la ley con el fin de hacer u omitir algún hecho.	Informar al jefe inmediato, si se presentan estas peticiones o amenazas
5	5) Tener en cuenta las observaciones y correcciones del supervisor del contrato.	Acatar las observaciones, realizar las correcciones pertinentes a que hubiere lugar, en los documentos de cada familia
6	6) Garantizar la calidad de los servicios ofrecidos (idoneidad humana, moral y técnica).	Respetar las familias visitadas, (No realizar comentarios, ni reirse de los problemas que los aquejan)
7		
8		
9		
10		

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

M lilia
Firma del Contratista

C.C. 40.145.152 **de** AMAZONAS

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

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2018-10-17, 07:29:43 PM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1015547477 **Referencia pago(PIN)** 8892082710

Periodo Cotización 201810 **Periodo Servicio** 201810

Cliente:

PAGADA 2018-10-11

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MARIA LILIA HERNANDEZ HERNANDEZ				
Documento	CC 40145152	**Dirección**	CALLE 9 ESTE N 8-89 SUR BARRIO BITELMA		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3133878564		
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 40145152		Residente		Exonerado	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	57	03					HERNANDEZ HERNANDEZ LILIA LILIA	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	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
																0	0	30	30	0			$ 781.242	NIN-AF		0 %	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	EPS017		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
NINGUNA AFP	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	FAMISANAR EPS	SEGUROS BOLIVAR	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 0	$ 0	$ 0	$ 97.700	$ 19.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 116.800

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 655 30 03 - Pereira: 313 93 00 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 -
¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

COLSUBSIDIO
CALLE 26

DOCUMENTO SOPORTE

NOMBRE : PLANILLA SIMPLE RECAUDO
NIT : 900.097.333-9
CODIGO : 20596
REFERENCIA : 8892082710
PLANILLA : 1015547477
PERIODO : 2018/10
REFERENCIA 2: 8892082710

Código	Descripción	Cant	Valor
693927	RECAUDO PLA	1	116800
			116800

DOCUMENTO

18101100110700029
CONSECUTIVO: 001

OCT 11, 18 13:42

11/Oct/2018 13:43 2800 11 0146 6947238
(COPIA CLIENTE)

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

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTION DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO
214300

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

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: 4768 C.D.P. No.: 2807 Proceso al que pertene: PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PSPIC

Unidad a la que perten: SALUD PUBLICA - ESPACIO VIVIENDA

Nombre del Contratista: MARÍA LILIA HERNANDEZ HERNANDEZ C.C. 40.145.152 de: AMAZONAS

Fecha Inicio: 2018-07-09 Fecha Terminación incial: 2018-08-08 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	2807	2018-08-09	2018-09-08
3	$ 4.600.000	2857	2018-09-09	2019-01-03
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	$ 880.000	$ 116.800	1014438463
3	AGOSTO	$ 1.200.000	$ 116.800	1014474434
4	SEPTIEMBRE	$ 1.200.000	$ 116.800	1015015025
5	OCTUBRE	$ 1.200.000	$ 116.800	1015547477
6	NOVIEMBRE	$ 1.200.000	$ 116.800	1016183826
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
$ 1.200.000	$ 6.880.000	$ 5.680.000	$ 1.200.000

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS COMO GESTOR COMUNITARIO 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 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) Desarrollar las actividades que se generen directa e indirectamente del objeto contractual en las Unidades de prestación de servicios asignadas de acuerdo con la programación de actividades.	Dar cumplimiento a los horarios estipulados para el correcto diligenciamiento y cumplimiento de las visitas programadas con cada familia
2	2) Colaborar con la SUBRED, para que el objeto del contrato se cumpla.	Durante las visitas a las familias, los abuelos sabedor y partera desarrollan las actividades encomendadas, como son rezos, sobos, protecciones, asesorías a quienes lo requieren.
3	3) Acatar las instrucciones que durante el desarrollo del contrato imparta la SUBRED a través del supervisor del	Cumplir, con los compromisos adquiridos al realizar las visitas y enseñanzas desde sus concimientos ancestral y tradicional
4	4) No acceder a peticiones o amenazas de quienes actúen por fuera de la ley con el fin de hacer u omitir algún hecho.	Informar al jefe inmediato, si se presentan estas peticiones o amenazas
5	5) Tener en cuenta las observaciones y correcciones del supervisor del contrato.	En caso de requerir un permiso avisar al jefe inmediato con el fin de conocer el porque la de la inasistencia
6	6) Garantizar la calidad de los servicios ofrecidos (idoneidad humana, moral y técnica).	Cuando se aborda la familia , se debe realizar con el respeto que ella merece, sin causar molestias o contratiempos al interior de la misma.
7		
8		
9		
10		

Observaciones:

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

M. Lilia H.
Firma del Contratista

C.C. 40.145.152 de AMAZONAS

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

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2018-11-17, 06:23:24 PM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1016183826 **Referencia pago(PIN)** 8892082710

Periodo Cotización 201811 **Periodo Servicio** 201811

Cliente:

PAGADA 2018-11-12 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MARIA LILIA HERNANDEZ HERNANDEZ				
Documento	CC 40145152	**Dirección**	CALLE 9 ESTE N 8-89 SUR BARRIO BITELMA		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3133878564		
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 40145152		Residente		Exonerado	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	57	03					HERNANDEZ HERNANDEZ LILIA LILIA	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 Trasl. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Trasl. 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	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	0	30	30	0					$ 781.242	NN-AF		0 %	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	EPS017		12,5 %	$ 781.242	$ 97.700	$ 0	14-7	3	2,436 %	$ 781.242	$ 19.100	NN-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
NINGUNA AFP	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	FAMISANAR EPS	SEGUROS BOLIVAR	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 0	$ 0	$ 0	$ 97.700	$ 19.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 116.800

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellin: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 655 30 03 - Pereira: 313 93 00 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 -
¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

COLSUBSIDIO
CALLE 26

D O C U M E N T O S O P O R T E

NOMBRE : PLANILLA SIMPLE RECAUDO
NIT : 900.097.333-9
CODIGO : 20596
REFERENCIA : 8892082710
PLANILLA : 1016183826
PERIODO : 2018/11
REFERENCIA 2: 8892082710

Código	Descripción	Cant	Valor
693927	RECAUDO PLA	1	116800
			116800

DOCUMENTO

1811120013159172
CONSECUTIVO: 001

NOV 12, 18 12:05

12/Nov/2018 12:05 2800 13 0022 [illegible]062568 .
(COPIA CLIENTE)

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2018-10-17, 07:29:43 PM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1015547477 **Referencia pago(PIN)** 8892082710

Periodo Cotización 201810 **Periodo Servicio** 201810

Cliente:

PAGADA 2018-10-11

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MARIA LILIA HERNANDEZ HERNANDEZ				
Documento	CC 40145152	**Dirección**	CALLE 9 ESTE N 8-89 SUR BARRIO BITELMA		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3133878564		
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 40145152		**Residente**		**Exonerado**	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	57	03					HERNANDEZ HERNANDEZ LILIA LILIA	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

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

| Novedades | | | | |

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
214300

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

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	4768	**C.D.P. No.:**	2807	**Proceso al que pertene**	PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PSPIC
				Unidad a la que perten	SALUD PUBLICA - ESPACIO VIVIENDA

Nombre del Contratista maria lilia hernandez hernandez **C.C.** 40.145.152 **de** BOGOTÁ

Fecha Inicio: 2018-08-22 **Fecha Terminación incial:** 2019-01-03 **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	2807	2018-07-09	2018-09-08
3	$ 4.600.000	2807	2018-09-08	2019-01-03
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	$ 880.000	$ 116.800	1014438463
3	AGOSTO	$ 1.200.000	$ 116.800	1014474434
4	SEPTIEMBRE	$ 1.200.000	$ 116.800	1015015025
5	OCTUBRE	$ 1.200.000	$ 116.800	1015547477
6	NOVIEMBRE	$ 1.200.000	$ 116.800	1016239416
7	DICIEMBRE	$ 1.200.000	$ 116.800	1016770235
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	$ 7.000.000	$ 6.880.000	$ 200.000

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO AMBIENTAL 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 per **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	desarrolar las actividades que se generan directa e indirectamene del objeto contraactual en la unidades de prestacion de servicios asignadas de acuerdo con la programacion de actividades	dar cumplimiento a los horarios estipulados para el correcto diligenciamientoy cumplimiento de las visitas programadas con cada familia
2	colaborar con la SUBRED para que el objeto del contrato se cumpla	durs¿ante las visitas a las familias los abulos sabedor y partera, desarrolan las actividades encomendadas,como son rezos,sobos,protecciones asesorias a quienes lo requieren
3	acatarlas instrucciones que durante el desarrollodel contratoimparta la subred atraves del supervisordel contrato	en caso de requerir un permiso avisar al jefe inmediato con el fin de reconocer el porque da la inasistencia
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

Observaciones:

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

MLiLia H.
Firma del Contratista

C.C. 40.145.152 de BOGOTÁ

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

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2018-12-12, 09:35:54 PM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1016770235 **Referencia pago(PIN)** 8892082710

Periodo Cotización 201812 **Periodo Servicio** 201812

Cliente:

PAGADA 2018-12-12 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MARIA LILIA HERNANDEZ HERNANDEZ				
Documento	CC 40145152	**Dirección**	CALLE 9 ESTE N 8-89 SUR BARRIO BITELMA		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3133878564		
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 40145152		Residente		Exonerado	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	57	03					HERNANDEZ HERNANDEZ LILIA LILIA	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	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
																0	0	30	30	0			$ 781.242	NIN-AF		0 %	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	EPS017		13,5 %	$ 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
NINGUNA AFP	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	FAMISANAR EPS	SEGUROS BOLIVAR	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 0	$ 0	$ 0	$ 97.700	$ 19.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 116.800

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!

COLSUBSIDIO
CALLE 26

AGENTE RETENEDOR DE IVA
NIT 860.007.336-1

Código	Descripción	Valor
VV		
693927	RECAUDO PLANILLA S	116.800
	TOTAL --> $	**116.800**
	EFECTIVO	150.000
	CAMBIO	**33.200**

TOTAL ART. VENDIDOS = 0

ATENDIDO POR: PAOLA CHAPARRO

NUMERO DE BOLSAS: 0

12/Dic/2018 16:36 2800 11 0170 5316671

COLSUBSIDIO
CON TODO LO QUE TE MERECES