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-4866-2018	**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:	OLGA SOLANGE COTE VEGA	**C.C.**	52.538.838	**de:**	BOGOTA
Fecha Inicio:	2018-07-09	**Fecha Terminación incial:**	2018-08-08	**Valor Mensual:**	$ 2.800.000
				Valor a cobrar:	$ 2.053.333

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	JULIO	$ 2.053.333	$ 349.800	8481136402
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

no existe en el sistema

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 2.800.000	$ 2.800.000	$ 2.053.333	$ 746.667

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:** 2018-07-09 **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.	Serealizan las acciones dispuestas para el desarrollo dispuestas para el marco del contrato suscrito con el FFD yy la ESE
2	2. Apoyar la prestación de servicios en el PIC, presentando la información y/o soportes que soliciten y que corresponde al objeto y/o actividades contractuales y de acuerdo a los anexos y lineamientos contenidos en el Contrato suscrito con	Sepresenta la informacion y soporte solicitado con el fin de corroborar las actividades contractuales, Se apoya en als diferentes acciones inherentes al objeto del contrato en pro del mejoramiento y calidad de los servicios
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	Entrega de cronograma de las actividades programadas

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

Olga Cote V.
Firma del Contratista

C.C. 52.538.838 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	YOHNNY LIRIOLA HERNANDEZ
CARGO:	LIDER ESPACIO EDUCATIVO
FIRMA	

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52538838		COTE VEGA OLGA SOLANGE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	DIAGONAL 3 A # 41B -71	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2473690	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-07	2018-07	77641862	8481136402	I	2018/07/11	2018/07/23	BANCO DE OCCIDENTE	12	$349,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$179,200	$1,700	$0	$180,900
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$179,200	$1,700	$0	$180,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$27,300	$300	$0	$27,600
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$27,300	$300	$0	$27,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$140,000	$1,300	$0	$141,300
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$140,000	$1,300	$0	$141,300
TOTAL				1	$346,500	$3,300	$0	$349,800

PAGADO

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52538838		COTE VEGA OLGA SOLANGE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	DIAGONAL 3 A # 41B -71	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2473690	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-07	2018-07	77641862	8481136402	I	2018/07/11	2018/07/23	BANCO DE OCCIDENTE	12	$349,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,120,000	$179,200			$1,120,000	$140,000			$0	$0			$1,120,000	$27,300		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					**$1,120,000**	$179,200			**$1,120,000**	$140,000			**$0**	$0			**$1,120,000**	$27,300		**$0**	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					**$1,120,000**	$179,200			**$1,120,000**	$140,000			**$0**	$0			**$1,120,000**	$27,300		**$0**	$0
1	CC	52538838	COTE OLGA	25-14	30	$1,120,000	$179,200	EPS017	30	$1,120,000	$140,000		0	$0	$0	14-7	30	$1,120,000	$27,300	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					**$1,120,000**	$179,200			**$1,120,000**	$140,000			**$0**	$0			**$1,120,000**	$27,300		**$0**	$0

PAGADO

2018/07/23 10:03 AM

DROGUERIA
EL CONSUELO U
CALLE 28 No 40D-07
CANCELADO



PAGO DE FACTURAS

PILA BP

NUM APROBACION:77641862
NUM REFERENCIA:000000848113640 2
NUM IDENTIFICACION:52538838
PERIODO: 2018-07
FECHA EFECTIVA:2018-07-21
VALOR: 349.800
SAB21 JUL 18 10:56:03
202-02468734-087
770712-274324-444618-625260-48
CONSERVE ESTE TIQUETE. ES EL UNICO RECIBO OFICIAL DE PAGO.EN CASO DE RECLAMO LLAMAR A: A SU OPERADOR.
AGT 11000 CLR 11043918
00162608-571082

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-4866-2018 **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: OLGA SOLANGE COTE VEGA **C.C.** 52.538.838 **de:** BOGOTA

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	$ 2.053.333	$ 349.800	8481136402
2	AGOSTO	$ 2.800.000	$ 349.800	8482173835
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	$ 4.853.333	$ 746.667

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:** 2018-08-01 **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.	Serealizan las acciones dispuestas para el desarrollo dispuestas para el marco del contrato suscrito con el FFD yy la ESE
2	2. Apoyar la prestación de servicios en el PIC, presentando la información y/o soportes que soliciten y que corresponde al objeto y/o actividades contractuales y de acuerdo a los anexos y lineamientos contenidos en el Contrato suscrito con	Sepresenta la informacion y soporte solicitado con el fin de corroborar las actividades contractuales, Se apoya en als diferentes acciones inherentes al objeto del contrato en pro del mejoramiento y calidad de los servicios
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	Entrega de cronograma de las actividades programadas

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

olga cote
Firma del Contratista

C.C. 52.538.838 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	YOHNNY LIRIOLA HERNANDEZ
CARGO:	LIDER ESPACIO EDUCATIVO
FIRMA	

en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52538838		COTE VEGA OLGA SOLANGE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	DIAGONAL 3 A # 41B -71	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2473690	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-08	2018-08	07111883	8482173835	I	2018/08/10	2018/08/21	BANCO DE OCCIDENTE	11	$349.600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	Ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vlp	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,120,000	$179,200			$1,120,000	$140,000			$0	$0			$1,120,000	$27,300		$0	$0		$346,500
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,120,000	$179,200			$1,120,000	$140,000			$0	$0			$1,120,000	$27,300		$0	$0		$346,500
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																						$1,120,000	$179,200			$1,120,000	$140,000			$0	$0			$1,120,000	$27,300		$0	$0		$346,500
1	CC	52538838	COTE OLGA																		25-14	30	$1,120,000	$179,200	EPS017	30	$1,120,000	$140,000		0	$0	$0	14-7	30	$1,120,000	$27,300	0	$0	$0	No	$346,500
Total Afiliados(1)																						$1,120,000	$179,200			$1,120,000	$140,000			$0	$0			$1,120,000	$27,300		$0	$0		$346,500

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52538838		COTE VEGA OLGA SOLANGE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	DIAGONAL 3 A # 41B -71	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2473690	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-08	2018-08	07111883	8482173835	I	2018/08/10	2018/08/21	BANCO DE OCCIDENTE	11	$349.600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$179,200	$1,600	$0	$180,800
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$179,200	$1,600	$0	$180,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$27,300	$300	$0	$27,600
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$27,300	$300	$0	$27,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$140,000	$1,200	$0	$141,200
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$140,000	$1,200	$0	$141,200
TOTAL				1	$346,500	$3,100	$0	$349,600

DROGUERIA
EL CONSUELO U.
CALLE 28 No 40D-07
CAINCELADO

PAGO DE FACTURAS

PILA BP

NUM APROBACION: 07111883
NUM REFERENCIA: 000000084821738 35
NUM IDENTIFICACION: 52538838
PERIODO: 2018-08
FECHA EFECTIVA: 2018-08-17
VALOR: 349.600
VIE17 AGO 18 18:07:22
229-13565236-083
770977-346238-644618-625260-47
CONSERVE ESTE TIQUETE. ES EL UNICO RECIBO OFICIAL DE PAGO.EN CASO DE RECLAMO LLAMAR A: A SU OPERADOR.
AGT 11000 CLR 11044282
07170488-916537

Scanned by CamScanner

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-4866-2018 **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: OLGA SOLANGE COTE VEGA **C.C.** 52.538.838 **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				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	JULIO	$ 2.053.333	$ 349.800	8481136402
2	AGOSTO	$ 2.800.000	$ 349.800	8482173835
3	SEPTIEMBRE	$ 3.000.000	$ 349.800	8482173835
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

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 periodo: **Desde:** 2018-09-01 **Hasta:** 2018-09-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	1. Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE.	Serealizan las acciones dispuestas para el desarrollo dispuestas para el marco del contrato suscrito con el FFD yy la ESE
2	2. Apoyar la prestación de servicios en el PIC, presentando la información y/o soportes que soliciten y que corresponde al objeto y/o actividades contractuales y de acuerdo a los anexos y lineamientos contenidos en el Contrato suscrito con	Sepresenta la informacion y soporte solicitado con el fin de corroborar las actividades contractuales, Se apoya en als diferentes acciones inherentes al objeto del contrato en pro del mejoramiento y calidad de los servicios
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	Entrega de cronograma de las actividades programadas
4	4. Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estándares de habilitación y acreditación de servicios de salud	Acciones en istituciones educativas en salud
5	5. Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversa	Mejores practicas en salud
6	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 transversa	Actas formato de identificacion y monitoreo de riesgo

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

olga cote
Firma del Contratista

C.C. 52.538.838 de BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	YOHNNY LIRIOLA HERNANDEZ
CARGO:	LIDER ESPACIO EDUCATIVO
FIRMA	

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52538838		COTE VEGA OLGA SOLANGE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	DIAGONAL 3 A # 41B -71	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2473690	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-08	2018-08	07111883	8482173835	I	2018/08/10	2018/08/21	BANCO DE OCCIDENTE	11	$349,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing ret tde tae tdp tap vsp cor vst sln ige lma vac avp vct irl vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,120,000	$179,200			$1,120,000	$140,000			$0	$0			$1,120,000	$27,300		$0	$0		$346,500
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,120,000	$179,200			$1,120,000	$140,000			$0	$0			$1,120,000	$27,300		$0	$0		$346,500
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						$1,120,000	$179,200			$1,120,000	$140,000			$0	$0			$1,120,000	$27,300		$0	$0		$346,500
1	CC	52538838	COTE OLGA	25-14	30	$1,120,000	$179,200	EPS017	30	$1,120,000	$140,000		0	$0	$0	14-7	30	$1,120,000	$27,300	0	$0	$0	No	$346,500
Total Afiliados(1)						$1,120,000	$179,200			$1,120,000	$140,000			$0	$0			$1,120,000	$27,300		$0	$0		$346,500

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52538838		COTE VEGA OLGA SOLANGE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	DIAGONAL 3 A # 41B -71	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2473690	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-08	2018-08	07111883	8482173835	I	2018/08/10	2018/08/21	BANCO DE OCCIDENTE	11	$349,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$179,200	$1,600	$0	$180,800
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$179,200	$1,600	$0	$180,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$27,300	$300	$0	$27,600
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$27,300	$300	$0	$27,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$140,000	$1,200	$0	$141,200
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$140,000	$1,200	$0	$141,200
TOTAL				1	$346,500	$3,100	$0	$349,600

DROGUERIA
EL CONSUELO U.
CALLE 2B No 40D-07
CANCELADO



PAGO DE FACTURAS

PSE

ACION: 87111883
IUM APROBACION: 000000848247385
IUM REFERENCIA: 000000848247385
IUM IDENTIFICACION: 52538838
ERIODO: 2018-08
ECHA EFECTIVA: 2018-08-17
VALOR: 349.600
VIE17 AGO 18 18:07:22
20-1356236-003
77097-34238-644618-625260-47
CONSERVE ESTE TIQUETE. ES EL
NICO RECIBO OFICIAL DE PAGO.EN
CASO DE RECLAMO LLAMAR A:
A SU OPERADOR.
4GT 41000 CLR 11044282
87170488-916537

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-4866-2018	**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: OLGA SOLANGE COTE VEGA **C.C.** 52.538.838 **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				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	JULIO	$ 2.053.333	$ 349.800	8481136402
2	AGOSTO	$ 2.800.000	$ 349.800	8482173835
3	SEPTIEMBRE	$ 3.000.000	$ 349.800	8482173835
4	OCTUBRE	$ 3.000.000	$ 373.600	8483985057
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

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:** 2018-10-30

	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.	Serealizan las acciones dispuestas para el desarrollo dispuestas para el marco del contrato suscrito con el FFD yy la ESE
2	2. Apoyar la prestación de servicios en el PIC, presentando la información y/o soportes que soliciten y que corresponde al objeto y/o actividades contractuales y de acuerdo a los anexos y lineamientos contenidos en el Contrato suscrito con	Sepresenta la informacion y soporte solicitado con el fin de corroborar las actividades contractuales, Se apoya en als diferentes acciones inherentes al objeto del contrato en pro del mejoramiento y calidad de los servicios
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	Entrega de cronograma de las actividades programadas
4	4. Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estándares de habilitación y acreditación de servicios de salud	Acciones en istituciones educativas en salud
5	5. Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversa	Mejores practicas en salud
6	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 transversa	Actas formato de identificacion y monitoreo de riesgo

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

Olga Cote V.
Firma del Contratista

C.C. 52.538.838 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	YOHNNY LIRIOLA HERNANDEZ
CARGO:	LIDER ESPACIO EDUCATIVO
FIRMA	



PAGO DE FACTURAS

PILA BP
NUM APROBACION:26234727
NUM REFERENCIA:000000848398505?
NUM IDENTIFICACION:52538838
PERIODO: 2018-09
FECHA EFECTIVA:2018-10-16
VALOR: 373.600
MAR16 OCT 18 18:20:24
289-13267778-043
779455-268473-444618-625260-49
CONSERVE ESTE TIQUETE. ES EL UNICO RECIBO OFICIAL DE PAGO.EN CASO DE RECLAMO LLAMAR A:
A SU OPERADOR.
AGT 11000 CLR 11044282
02113535-141082

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-4866-2018	**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: OLGA SOLANGE COTE VEGA **C.C.** 52.538.838 **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				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	JULIO	$ 2.053.333	$ 349.800	8481136402
2	AGOSTO	$ 2.800.000	$ 349.800	8482173835
3	SEPTIEMBRE	$ 3.000.000	$ 349.800	8482173835
4	OCTUBRE	$ 3.000.000	$ 373.600	8483985057
5	NOVIEMBRE	$ 3.000.000	$ 373.100	8486075338
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

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 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
1	1. Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE.	Serealizan las acciones dispuestas para el desarrollo dispuestas para el marco del contrato suscrito con el FFD yy la ESE
2	2. Apoyar la prestación de servicios en el PIC, presentando la información y/o soportes que soliciten y que corresponde al objeto y/o actividades contractuales y de acuerdo a los anexos y lineamientos contenidos en el Contrato suscrito con el Fondo Financiero Distrital.	Sepresenta la informacion y soporte solicitado con el fin de corroborar las actividades contractuales, Se apoya en als diferentes acciones inherentes al objeto del contrato en pro del mejoramiento y calidad de los servicios
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	Entrega de cronograma de las actividades programadas
4	4. Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estándares de habilitación y acreditación de servicios de salud	Acciones en istituciones educativas en salud
5	5. Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversa	Mejores practicas en salud
6	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 transversa	Actas formato de identificacion y monitoreo de riesgo

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

Olga Cote V.

Firma del Contratista

C.C. 52.538.838 de BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	YOHNNY LIRIOLA HERNANDEZ
CARGO:	LIDER ESPACIO EDUCATIVO
FIRMA	

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52538838		COTE VEGA OLGA SOLANGE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	DIAGONAL 3 A # 41B -71	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2473690	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-09	2018-09	26234727	8483985057	1	2018/10/09	2018/10/17	BANCO DE OCCIDENTE	8	$373,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,200,000	$192,000			$1,200,000	$150,000			$0	$0			$1,200,000	$29,300		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,200,000	$192,000			$1,200,000	$150,000			$0	$0			$1,200,000	$29,300		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,200,000	$192,000			$1,200,000	$150,000			$0	$0			$1,200,000	$29,300		$0	$0
1	CC	52538838 COTE OLGA	25-14	30	$1,200,000	$192,000	EPS017	30	$1,200,000	$150,000		0	$0	$0	14-7	30	$1,200,000	$29,300	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,200,000	$192,000			$1,200,000	$150,000			$0	$0			$1,200,000	$29,300		$0	$0

PAGADO

2018/10/17 10:03 AM

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52538838		COTE VEGA OLGA SOLANGE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	DIAGONAL 3 A # 41B -71	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2473690	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-09	2018-09	26234727	8483985057	I	2018/10/09	2018/10/17	BANCO DE OCCIDENTE	8	$373,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$192,000	$1,200	$0	$193,200
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$192,000	$1,200	$0	$193,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$29,300	$200	$0	$29,500
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$29,300	$200	$0	$29,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$150,000	$900	$0	$150,900
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$150,000	$900	$0	$150,900
TOTAL				**1**	**$371,300**	**$2,300**	**$0**	**$373,600**

PAGADO

aportes en línea

Planilla Integrada

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52538838		COTE VEGA OLGA SOLANGE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	DIAGONAL 3 A # 41B -71	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2473690	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-10	2018-10	38901727	8486075338	I	2018/11/13	2018/11/19	BANCO DE OCCIDENTE	6	$373,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO									NOVEDADES																									
No.	Tipo Id	No Id	Nombre	Tipo Cotizante	Horas Laboradas	Extranjero	Temp. Ext.	Fecha Radicación en el Exterior	ing	Fecha ing	ret	Fecha ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	Fecha Inicio vsp	cor	vst	sln	Fecha Inicio sln	Fecha Fin sln	ige	Fecha Inicio ige	Fecha Fin ige	lma	Fecha Inicio lma	Fecha Fin lma	vac-lr	Fecha Inicio vac-lr	Fecha Fin vac-lr	avp	vct
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)																																		
Centro de Trabajo: PRINCIPAL(1 Afiliados)																																		
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E.(1 Afiliados)																																		
1	CC	52538838	COTE VEGA OLGA SOLANGE	Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes	0	No	No										X	2018/10/01																
Total	**Afiliados(1)**																																	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52538838		COTE VEGA OLGA SOLANGE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	DIAGONAL 3 A # 41B -71	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2473690	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-10	2018-10	38901727	8486075338	I	2018/11/13	2018/11/19	BANCO DE OCCIDENTE	6	$373,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$192,000	$900	$0	$192,900
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$192,000	$900	$0	$192,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$29,300	$200	$0	$29,500
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$29,300	$200	$0	$29,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$150,000	$700	$0	$150,700
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$150,000	$700	$0	$150,700
TOTAL				**1**	**$371,300**	**$1,800**	**$0**	**$373,100**

aportes en línea

Planilla Integrada

						SALARIO		PENSION													SALUD						
Fecha Inicio vct	Fecha Fin vct	Irl	Fecha Inicio Irl	Fecha Fin Irl	vip	Valor	Integral	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Tarifa Alto Riesgo Pensión	Valor Cotización	Cotización Voluntaria Empleador	Cotización Voluntaria Afiliado	Fondo Solidaridad Pensional	Fondo Subsistencia	Valor No retenido	Total	AFP Destino	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Valor Cotización	Valor UPC	Tota
																			$192,000						$150,000		$1
																			$192,000						$150,000		$1
																			$192,000						$150,000		$1
						$1,200,000	No	COLPENSIONES	30	$1,200,000	16%	SIN RIESGO	$192,000	$0	$0	$0	$0	$0	$192,000		FAMISANAR	30	$1,200,000	12.5%	$150,000	$0	$1
																			$192,000						$150,000		$1

PAGADO

aportes en línea

Planilla Integrada

		CCF					RIESGOS						PARAFISCALES										
	EPS Destino	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Valor Cotización	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Clase Riesgo	Valor Cotización	Días	IBC	Tarifa SENA	Valor Cotización SENA	Tarifa ICBF	Valor Cotización ICBF	Tarifa ESAP	Valor Cotización ESAP	Tarifa MEN	Valor Cotización MEN	Exonerado SENA e ICBF
0,000						$0						$29,300				$0		$0		$0		$0	
0,000						$0						$29,300				$0		$0		$0		$0	
0,000						$0						$29,300				$0		$0		$0		$0	
0,000			0	$0	0%	$0	SEGUROS BOLIVAR	30	$1,200,000	2.436%	3	$29,300	0	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	No
0,000						$0						$29,300				$0		$0		$0		$0	

PAGADO



PAGO DE FACTURAS

PILA BP

NUM APROBACION:26234727
NUM REFERENCIA:0000008483985057
NUM IDENTIFICACION:52538838
PERIODO: 2018-09
FECHA EFECTIVA:2018-10-16
VALOR: 373,600
MAR16 OCT 18 18:20:24
289-13267778-043
779455--268473-444618-625260-49
CONSERVE ESTE TIQUETE. ES EL UNICO RECIBO OFICIAL DE PAGO.EN CASO DE RECLAMO LLAMAR A:
A SU OPERADOR
AGT 11000 CLR 11044282
021135535-141082

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-4866-2018	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:	OLGA SOLANGE COTE VEGA			C.C. 52.538.838	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				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	JULIO	$ 2.053.333	$ 349.800	8481136402
2	AGOSTO	$ 2.800.000	$ 349.800	8482173835
3	SEPTIEMBRE	$ 3.000.000	$ 349.800	8482173835
4	OCTUBRE	$ 3.000.000	$ 373.600	8483985057
5	NOVIEMBRE	$ 3.000.000	$ 373.100	8486075338
6	DICIEMBRE	$ 3.000.000	$ 373.100	8486935043
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

Resumen de rato

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 periodo: Desde: 2018-12-01 Hasta: 2018-12-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA
1	1. Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE.	Serealizan las acciones dispuestas para el desarrollo dispuestas para el marco del contrato suscrito con el FFD yy la ESE
2	2. Apoyar la prestación de servicios en el PIC, presentando la información y/o soportes que soliciten y que corresponde al objeto y/o actividades contractuales y de acuerdo a los anexos y lineamientos contenidos en el Contrato suscrito con el Fondo Financiero Distrital.	Sepresenta la informacion y soporte solicitado con el fin de corroborar las actividades contractuales, Se apoya en als diferentes acciones inherentes al objeto del contrato en pro del mejoramiento y calidad de los servicios
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	Entrega de cronograma de las actividades programadas
4	4. Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estándares de habilitación y acreditación de servicios de salud	Acciones en istituciones educativas en salud
5	5. Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversa	Mejores practicas en salud
6	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 transversa	Actas formato de identificacion y monitoreo de riesgo

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

Olga cote V.

Firma del Contratista

C.C. 52.538.838 de BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	YOHNNY LIRIOLA HERNANDEZ
CARGO:	LIDER ESPACIO EDUCATIVO
FIRMA	Jey



PAGO DE FACTURAS

PILA BP

NUM APROBACION:53595291
NUM REFERENCIA:000000848693504 3
NUM IDENTIFICACION:52538878
PERIODO: 2018-11
FECHA EFECTIVA:2018-12-15
VALOR: 373.100
SAB15 DIC 18 09:53:53
349-02000655-220
779029-267351-444618-625260-40
CONSERVE ESTE TIQUETE. ES EL UNICO RECIBO OFICIAL DE PAGO.EN CASO DE RECLAMO LLAMAR A:
A SU OPERADOR.
AGT 11000 CLR 91132877
00123816-176537

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52538838		COTE VEGA OLGA SOLANGE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	DIAGONAL 3 A # 41B -71	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2473690	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-11	2018-11	53595291	8486935043	I	2018/12/11	2018/12/17	BANCO DE OCCIDENTE	6	$373,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$192,000	$900	$0	$192,900
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$192,000	$900	$0	$192,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$29,300	$200	$0	$29,500
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$29,300	$200	$0	$29,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$150,000	$700	$0	$150,700
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$150,000	$700	$0	$150,700
TOTAL				1	$371,300	$1,800	$0	$373,100

PAGADO

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52538838		COTE VEGA OLGA SOLANGE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	DIAGONAL 3 A # 41B -71	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2473690	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-11	2018-11	53595291	8486935043	I	2018/12/11	2018/12/17	BANCO DE OCCIDENTE	6	$373,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,200,000	$192,000			$1,200,000	$150,000			$0	$0			$1,200,000	$29,300		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,200,000	$192,000			$1,200,000	$150,000			$0	$0			$1,200,000	$29,300		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,200,000	$192,000			$1,200,000	$150,000			$0	$0			$1,200,000	$29,300		$0	$0
1	CC 52538838	COTE OLGA	25-14	30	$1,200,000	$192,000	EPS017	30	$1,200,000	$150,000		0	$0	$0	14-7	30	$1,200,000	$29,300	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,200,000	$192,000			$1,200,000	$150,000			$0	$0			$1,200,000	$29,300		$0	$0

PAGADO

2018/12/17 10:06 AM