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:	5228	**C.D.P. No.:**	2648	**Proceso al que pertenece:**	PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC
				Unidad a la que pertenece:	SALUD PUBLICA - ESPACIO VIVIENDA

Nombre del Contratista: SINDY DAMARIS CONTRERAS OSPINA **C.C.** 1.018.423.326 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2018-07-26 **Fecha Terminación incial:** 2018-08-25 **Valor Mensual:** $ 2.800.000 **Valor a cobrar:** $ 466.667

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	$ 466.667	$ 245.200	8481013540 - 8482888648
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 2.800.000	$ 2.800.000	$ 466.667	$ 2.333.333

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO TERAPEUTA OCUPACIONAL 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:** 2018-07-26 **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	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.	Realizar apropiación conceptual de los lineamientos generales y específicos del ámbito espacio público, así como la verificación de la línea técnica en cuanto al manejo administrativo de acciones en la Sub Red de servicios de salud Centro Oriente.
2	Colaborar con la SUBRED, para que el objeto del contrato se cumpla.	Realizar plan de acción con el grupo asignado (Localidad Santafé 5) de los lineamientos específicos en acciones en hogares comunitarios de bienestar; Desde la operativización de la estrategia AIEPI comunitario.
3	Acatar las instrucciones que durante el desarrollo del contrato imparta la SUBRED a través del supervisor del contrato.	Diligenciamiento del cronograma mensual en el que se consignan las actividades programadas durante el mes siguiente acordes a las acciones establecidas en el lineamiento.

Observaciones:

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

Firma del Contratista

C.C. 1.018.423.326 **de** BOGOTA

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

Banco AV Villas

COMPROBANTE PAGO DE PLANILLA ASISTIDA PILA

Número Identificación del Aportante / Pin Único: 1018423326

Valor a Pagar $: 225.400

Si usted va a realizar el pago con el número de Planilla, diligencie esta sección:

PAGO CON NÚMERO DE PLANILLA

Número de Planilla: 84810135540

Si usted va a realizar el pago con Pin Único, diligencie esta sección:

PAGO CON PIN ÚNICO

Operador de Información: _____

Periodo de Cotización a Pagar: Año 2018 Mes 07

AVO 638 20180723 17:59 SC 610 LINEA 4
VR PAGADO: 225,400.00
NOMBRE:APORTES EN LINEA
CLAVE:8481013540 0
ID:1018423326
Fecha Aplicación:20180724 PIN:175936
Estimado cliente: Verifique los datos de su pago. Después de retirarse de la ventanilla no se aceptan reclamos.

CAP-PRO-063-V2

ESTIMADO CLIENTE:
VERIFIQUE QUE LA INFORMACIÓN IMPRESA EN EL COMPROBANTE SEA CORRECTA Y QUE EL VALOR REGISTRADO CORRESPONDA AL VALOR ORDENADO POR USTED. EL BANCO NO TENDRÁ COPIA DE ESTE FORMATO. EL SOPORTE DE LA TRANSACCIÓN SERÁ EL REGISTRO EN EL SISTEMA. RECUERDE QUE ÉSTE SERÁ EL ÚNICO SOPORTE FÍSICO DE SU TRANSACCIÓN. CONSÉRVELO PARA CUALQUIER VERIFICACIÓN.

FORTECO S.A.

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 1018423326		CONTRERAS OSPINA SINDY DAMARIS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 82 NO. 102-79	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	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	81013540	8481013540	I	2018/07/09	2018/07/24	BANCO AV VILLAS	15	$225,400

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)					$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$0	$0			$0	$0		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$0	$0			$0	$0		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$0	$0			$0	$0		$0	$0
1	CC	1018423326	CONTRERAS SINDY	25-14	30	$781,242	$125,000	EPS017	30	$781,242	$97,700		0	$0	$0		0	$0	$0	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$0	$0			$0	$0		$0	$0



Banco AV Villas

COMPROBANTE PAGO DE PLANILLA ASISTIDA PILA

Número identificación del Aportante / Pin Único: 1018423326

Valor a Pagar $: 19.800.=

Si usted va a realizar el pago con el número de Planilla, diligencie esta sección:

PAGO CON NÚMERO DE PLANILLA

Número de Planilla: 8482889648

Si usted va a realizar el pago con Pin Único, diligencie esta sección:

PAGO CON PIN ÚNICO

Operador de Información: _____

Periodo de Cotización a Pagar: Año ____ Mes ____

CAP-PRO-063.V2

ESTIMADO CLIENTE:
VERIFIQUE QUE LA INFORMACIÓN IMPRESA EN EL COMPROBANTE SEA CORRECTA Y QUE EL VALOR REGISTRADO CORRESPONDA AL VALOR ORDENADO POR USTED. EL BANCO NO TENDRÁ COPIA DE ESTE FORMATO. EL SOPORTE DE LA TRANSACCIÓN SERÁ EL REGISTRO EN EL SISTEMA. RECUERDE QUE ÉSTE SERÁ EL ÚNICO SOPORTE FÍSICO DE SU TRANSACCIÓN. CONSÉRVELO PARA CUALQUIER VERIFICACIÓN.

438 2018OCT18 11:56 SC1481 LINEA A
VR PAGADO: 19.800.00
PAGUESE:APORTES EN LINEA
CUE:8482889648 0
NIT:1018423326
Fecha aplicación:20180821 PIN:115703
Atención Clientes: Verifique los datos de su pago. Después de retirarse de la taquilla no se aceptan reclamos.

FORTECO S.A.

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 1018423326		CONTRERAS OSPINA SINDY DAMARIS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 82 NO. 102-79	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	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	82888648	8492888648	N	2018/07/09	2018/08/21	BANCO AV VILLAS	43	$19,800

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)						$0	$0			$0	$0			$0	$0			$781,242	$19,100		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$0	$0			$0	$0			$0	$0			$781,242	$19,100		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						$0	$0			$0	$0			$0	$0			$781,242	$19,100		$0	$0
1	CC	1018423326	CONTRERAS SINDY	25-14	0	$0	$0	EPS017	0	$0	$0		0	$0	$0	14-7	0	$0	$0	0	$0	$0
2	CC	1018423326	CONTRERAS SINDY	25-14	0	$0	$0	EPS017	0	$0	$0		0	$0	$0	14-7	30	$781,242	$19,100	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$0	$0			$0	$0			$0	$0			$781,242	$19,100		$0	$0

PAGADO

2018/08/21 09:15 AM

Banco Caja Social

HACE CONSTAR

Que el(los) cliente(s):
SINDY DAMARIS CONTRERAS OSPINA identificado con CC1018423326

Actualmente posee(n) el siguiente producto radicado en la oficina 0642 PORTAL DE LA 80 con las siguientes características:

CUENTA DE AHORROS CUENTAMIGA

Número **24061519149**

Fecha de Apertura 02 de abril de 2016

Condiciones de Manejo Individual 1 Firmas(s) 0 Sello(s) Humedo(s) o de caucho Sin protector

Estado CUENTA ACTIVA

Esta constancia se expide con destino a: REMY IPS
Realizada en la oficina 0642 PORTAL DE LA 80 de la ciudad de BOGOTA, el dia sabado, 14 de enero de 2017

Cordialmente,

Efectuado por:
E0M7C4A5 - EDISSON ALBERTO MANCERA

FIRMA Y SELLO AUTORIZADOS

Establecimiento Bancario

VIGILADO

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:	5228	**C.D.P. No.:**	2648	**Proceso al que pertenece:**	PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC
				Unidad a la que pertenece:	SALUD PUBLICA - ESPACIO VIVIENDA

Nombre del Contratista: SINDY DAMARIS CONTRERAS OSPINA **C.C.** 1.018.423.326 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2018-07-26 **Fecha Terminación incial:** 2018-08-25 **Valor Mensual:** $ 2.800.000 **Valor a cobrar:** $ 2.800.000

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 12.766.667		2018-08-26	2019-01-03
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	$ 373.333	$ 245.200	8481013540 - 8482888648
2	AGOSTO	$ 2.800.000	$ 348.500	8482811680
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	$ 15.566.667	$ 3.173.333	$ 12.393.334

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO TERAPEUTA OCUPACIONAL 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	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.	Desarrollar acciones en el espacio vivienda componente HCB de acuerdo al lineamiento establecido de la secretararía de salud y cumplir con los direccionamientos establecidos del supervisor del contrato.
2	Colaborar con la SUBRED, para que el objeto del contrato se cumpla.	Caracterización socio ambiental de 30 hogares comunitarios de bienestar HCB y preparación e implementación del primer módulo de AIEPI comunitario.
3	Acatar las instrucciones que durante el desarrollo del contrato imparta la SUBRED a través del supervisor del contrato.	Diligenciamiento del cronograma mensual en el que se consignan las actividades programadas durante el mes siguiente acordes a las acciones establecidas en el lineamiento.

Observaciones:

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

Firma del Contratista

C.C. 1.018.423.326 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	MILTON CARDOZO
CARGO:	REFERENTE ESPACIO VIVIENDA
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 1018423326		CONTRERAS OSPINA SINDY DAMARIS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 82 # 102 79	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4427299	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	82811680	8482811680	I	2018/08/08	2018/08/15	BANCO AV VILLAS	7	$348,500

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 1018423326	CONTRERAS SINDY	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

2018/08/15 12:07 PM

Banco AV Villas

COMPROBANTE PAGO DE PLANILLA ASISTIDA PILA

Número de Planilla (PIN): 8482811680

Número de Identificación Aportante: 1.018.423.326

Valor a Pagar $: 348.500.=

ADV TEL 20180815 09:45 SC 218 LINEA D
$ PAGADO 348,500.00
NOMBRE:APORTES EN LINEA
CLAVE:8482811680 0
ID:1018423326
Fecha Aplicación:20180815 PIN:94536
Estimado cliente: Verifique los datos de su pago. Después de retirarse de la ventanilla no se aceptan reclamos.

ESPACIO PARA TIMBRE

F-06-124-2

ESTIMADO CLIENTE:
VERIFIQUE QUE LA INFORMACIÓN IMPRESA EN EL COMPROBANTE SEA CORRECTA Y QUE EL VALOR REGISTRADO CORRESPONDA AL VALOR ORDENADO POR USTED. EL BANCO NO TENDRÁ COPIA DE ESTE FORMATO. EL SOPORTE DE LA TRANSACCIÓN SERÁ EL REGISTRO EN EL SISTEMA. RECUERDE QUE ÉSTE SERÁ EL ÚNICO SOPORTE FÍSICO DE SU TRANSACCIÓN. CONSÉRVELO PARA CUALQUIER VERIFICACIÓN.

dispapeles 88589

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:	5228	**C.D.P. No.:**	2648	**Proceso al que pertenece:**	PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC
				Unidad a la que pertenece:	SALUD PUBLICA - ESPACIO VIVIENDA

Nombre del Contratista: SINDY DAMARIS CONTRERAS OSPINA **C.C.** 1.018.423.326 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2018-07-26 **Fecha Terminación inicial:** 2018-08-25 **Valor Mensual:** $ 3.000.000 **Valor a cobrar:** $ 489.130

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 12.766.667	2857	2018-08-26	2019-01-03
2	$ 2.250.000	3622		
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

N.° CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	JULIO	$ 373.333	$ 245.200	8481013540 - 8482888648
2	AGOSTO	$ 2.800.000	$ 348.500	8482811680
3	SEPTIEMBRE	$ 3.000.000	$ 395.300	8483979009
4	OCTUBRE	$ 3.000.000	$ 395.300	8484310364
5	EXTRA SEPTIEMBRE	$ 489.130	$ 462.400	8483979009/8486083716
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 2.800.000	$ 17.816.667	$ 9.662.463	$ 8.154.204

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO TERAPEUTA OCUPACIONAL 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 peri **Desde:** 2018-09-01 **Hasta:** 2018-09-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del Contrato suscrito con FFD y la E.S.E.	Desarrollar acciones en el espacio vivienda componente HCB de acuerdo al lineamiento establecido de la secretaria de salud y cumplir con los direccionamientos establecidos del supervisor del contrato.
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	
3	Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar	Diligenciamiento del cronograma mensual en el que se consignan las actividades programadas durante el mes siguiente acordes a las acciones establecidas en el lineamiento y los acuerdos realizados en el territorio con la zonal del ICBF localidad Martires, representantes legales de las agrupaciones de HCB y madres comunitarias respectivamente.
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	
5	Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal.	Realizar caracterización socio ambiental de 13 hogares comunitarios de bienestar HCB, teniendo en cuenta el instrumento de escala abreviada del desarrollo y novedades.
6	Diligenciar de manera completa, adecuada, ordenada y legible todos los formatos requeridos en las diferentes intervenciones de acuerdo a los anexos operativos de cada espacios de vida o componente transversal	

Observaciones:

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

Firma del Contratista

C.C. 1.018.423.326 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	MILTON CARDOZO
CARGO:	REFERENTE ESPACIO VIVIENDA
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 1018423326		CONTRERAS OSPINA SINDY DAMARIS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 82 # 102 79	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4427299	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	83979009	8483979009	I	2018/10/05	2018/09/17	BANCO AV VILLAS	0	$395,300

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	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,200,000	$192,000			$1,200,000	$150,000			$1,200,000	$24,000			$1,200,000	$29,300		$0	$0		$395,300
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,200,000	$192,000			$1,200,000	$150,000			$1,200,000	$24,000			$1,200,000	$29,300		$0	$0		$395,300
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																						$1,200,000	$192,000			$1,200,000	$150,000			$1,200,000	$24,000			$1,200,000	$29,300		$0	$0		$395,300
1	CC	1018423326	CONTRERAS SINDY	C							X										25-14	30	$1,200,000	$192,000	EPS017	30	$1,200,000	$150,000	CCF22	30	$1,200,000	$24,000	14-7	30	$1,200,000	$29,300	30	$0	$0	No	$395,300
Total		**Afiliados(1)**																					$1,200,000	$192,000			$1,200,000	$150,000			$1,200,000	$24,000			$1,200,000	$29,300		$0	$0		$395,300

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1018423326		CONTRERAS OSPINA SINDY DAMARIS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 82 # 102 79	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4427299	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	83979009	8483979009	I	2018/10/05	2018/09/17	BANCO AV VILLAS	0	$395,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$192,000	$0	$0	$192,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$192,000	$0	$0	$192,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$29,300	$0	$0	$29,300
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$29,300	$0	$0	$29,300
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$24,000	$0	$0	$24,000
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	1	$24,000	$0	$0	$24,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$150,000	$0	$0	$150,000
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$150,000	$0	$0	$150,000
TOTAL				1	$395,300	$0	$0	$395,300

2018/09/18 08:57 AM septiembre 18

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 1018423326		CONTRERAS OSPINA SINDY DAMARIS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 82 # 102 79	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4427299	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	86083716	8486083716	N	2018/10/05	2018/11/19	BANCO AV VILLAS	45	$67,100

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	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$196,000	$31,400			$196,000	$24,500			$196,000	$4,000			$196,000	$4,800		$0	$0		$64,700
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$196,000	$31,400			$196,000	$24,500			$196,000	$4,000			$196,000	$4,800		$0	$0		$64,700
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																						$196,000	$31,400			$196,000	$24,500			$196,000	$4,000			$196,000	$4,800		$0	$0		$64,700
1	CC	1018423326	CONTRERAS SINDY	C							X	A									25-14	30	($1,200,000)	($192,000)	EPS017	30	($1,200,000)	($150,000)	CCF22	30	($1,200,000)	($24,000)	14-7	30	($1,200,000)	($29,300)	30	$0	$0	No	($395,300)
2	CC	1018423326	CONTRERAS SINDY									C	X								25-14	30	$1,396,000	$223,400	EPS017	30	$1,396,000	$174,500	CCF22	30	$1,396,000	$28,000	14-7	30	$1,396,000	$34,100	30	$0	$0	No	$460,000
Total			**Afiliados(1)**																			$196,000	$31,400			$196,000	$24,500			$196,000	$4,000			$196,000	$4,800		$0	$0		$64,700

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1018423326		CONTRERAS OSPINA SINDY DAMARIS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 82 # 102 79	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4427299	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	86083716	8486083716	N	2018/10/05	2018/11/19	BANCO AV VILLAS	45	$67,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$31,400	$1,100	$0	$32,500
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$31,400	$1,100	$0	$32,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$4,800	$200	$0	$5,000
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$4,800	$200	$0	$5,000
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$4,000	$200	$0	$4,200
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	1	$4,000	$200	$0	$4,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$24,500	$900	$0	$25,400
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$24,500	$900	$0	$25,400
TOTAL				1	$64,700	$2,400	$0	$67,100

Banco AV Villas

COMPROBANTE PAGO DE PLANILLA ASISTIDA PILA

Número identificación del Aportante / Pin Único	Valor a Pagar $:
1018423326	67.700

Si usted va a realizar el pago con el número de Planilla, diligencie esta sección:

PAGO CON NÚMERO DE PLANILLA

Número de Planilla: 8486083716

Si usted va a realizar el pago con Pin Único, diligencie esta sección:

PAGO CON PIN ÚNICO

Operador de Información: _____

Periodo de Cotización a Pagar: Año 2018 Mes

CAP-PRO-083-V2

ESTIMADO CLIENTE:
VERIFIQUE QUE LA INFORMACIÓN IMPRESA EN EL COMPROBANTE SEA CORRECTA Y QUE EL VALOR REGISTRADO CORRESPONDA AL VALOR ORDENADO POR USTED. EL BANCO NO TENDRÁ COPIA DE ESTE FORMATO. EL SOPORTE DE LA TRANSACCIÓN SERÁ EL REGISTRO EN EL SISTEMA. RECUERDE QUE ÉSTE SERÁ EL ÚNICO SOPORTE FÍSICO DE SU TRANSACCIÓN. CONSERVELO PARA CUALQUIER VERIFICACIÓN.

```
AVV 638 20181119 10:22 SC2778  LINEA   D
VR PAGADO:        67,100.00
NOMBRE:APORTES EN LINEA
CLAVE:8486083716                      0
ID:1018423326
Fecha Aplicación:20181119   PIN:102214
Estimado cliente: Verifique los datos de
su pago. Después de retirarse de la
ventanilla no se aceptan reclamos.
```

FORTECO S.A.

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:	5228	**C.D.P. No.:**	2648	**Proceso al que pertenece:**	PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC
				Unidad a la que pertenece:	SALUD PUBLICA - ESPACIO VIVIENDA

Nombre del Contratista: SINDY DAMARIS CONTRERAS OSPINA **C.C.** 1.018.423.326 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2018-07-26 **Fecha Terminación inicial:** 2018-08-25 **Valor Mensual:** $ 3.000.000 **Valor a cobrar:** $ 3.000.000

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 12.766.667	2857	2018-08-26	2019-01-03
2				
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	$ 373.333	$ 245.200	8481013540 - 8482888648
2	AGOSTO	$ 2.800.000	$ 348.500	8482811680
3	SEPTIEMBRE	$ 3.000.000	$ 395.300	8483979009
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	$ 15.566.667	$ 6.173.333	$ 9.393.334

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO TERAPEUTA OCUPACIONAL 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	Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del Contrato suscrito con FFD y la E.S.E.	Desarrollar acciones en el espacio vivienda componente HCB de acuerdo al lineamiento establecido de la secretaria de salud y cumplir con los direccionamientos establecidos del supervisor del contrato.
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	
3	Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar	Diligenciamiento del cronograma mensual en el que se consignan las actividades programadas durante el mes siguiente acordes a las acciones establecidas en el lineamiento y los acuerdos realizados en el territorio con la zonal del ICBF localidad Santafé, representantes legales de las agrupaciones de HCB y madres comunitarias respectivamente.
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	
5	Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal.	Continuar con la caracterización socio ambiental de 30 hogares comunitarios de bienestar HCB, teniendo en cuenta el instrumento de novedades, implementación del primer módulo de AIEPI comunitario grupal, e implementación de la estrategia, de forma individual en cada HCB según priorización de temas por necesidades evidenciadas.
6	Diligenciar de manera completa, adecuada, ordenada y legible todos los formatos requeridos en las diferentes intervenciones de acuerdo a los anexos operativos de cada espacios de vida o componente transversal	

Observaciones:

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

Firma del Contratista

C.C. 1.018.423.326 **de** BOGOTA

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

COMPROBANTE PAGO DE PLANILLA ASISTIDA PILA

Banco AV Villas

Si usted va a realizar el pago con el número de planilla, diligencie esta sección.

PAGO CON NÚMERO DE PLANILLA

Si usted va a realizar el pago con Pin Único, diligencie esta sección.

PAGO CON PIN UNICO

Número de planilla

Valor a pagar $:

Operador de Cotización a Pagar:

Periodo de Cotización:

Año

Mes

CAP-PILO-062-U2

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 1018423326		CONTRERAS OSPINA SINDY DAMARIS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 82 # 102 79	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4427299	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	83979009	8483979009	I	2018/10/05	2018/09/17	BANCO AV VILLAS	0	$395,300

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	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)																						$1,200,000	$192,000			$1,200,000	$150,000			$1,200,000	$24,000			$1,200,000	$29,300		$0	$0		$395,300
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,200,000	$192,000			$1,200,000	$150,000			$1,200,000	$24,000			$1,200,000	$29,300		$0	$0		$395,300
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																						$1,200,000	$192,000			$1,200,000	$150,000			$1,200,000	$24,000			$1,200,000	$29,300		$0	$0		$395,300
1	CC	1018423326	CONTRERAS SINDY	C						X											25-14	30	$1,200,000	$192,000	EPS017	30	$1,200,000	$150,000	CCF22	30	$1,200,000	$24,000	14-7	30	$1,200,000	$29,300	30	$0	$0	No	$395,300
Total	**Afiliados(1)**																					$1,200,000	$192,000			$1,200,000	$150,000			$1,200,000	$24,000			$1,200,000	$29,300		$0	$0		$395,300

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1018423326		CONTRERAS OSPINA SINDY DAMARIS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 82 # 102 79	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4427299	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	83979009	8483979009	I	2018/10/05	2018/09/17	BANCO AV VILLAS	0	$395,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$192,000	$0	$0	$192,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$192,000	$0	$0	$192,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$29,300	$0	$0	$29,300
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$29,300	$0	$0	$29,300
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$24,000	$0	$0	$24,000
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	1	$24,000	$0	$0	$24,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$150,000	$0	$0	$150,000
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$150,000	$0	$0	$150,000
TOTAL				1	$395,300	$0	$0	$395,300

38

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:	5228	**C.D.P. No.:**	2648	**Proceso al que pertenece:**	PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC
				Unidad a la que pertenece:	SALUD PUBLICA - ESPACIO VIVIENDA

Nombre del Contratista:	SINDY DAMARIS CONTRERAS OSPINA	**C.C.**	1.018.423.326	**de:**	BOGOTA
Fecha Inicio:	2018-07-26	**Fecha Terminación inicial:**	2018-08-25	**Valor Mensual:**	$ 3.000.000
Valor a cobrar:	$ 3.000.000				

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 12.766.667	2857	2018-08-26	2019-01-03
2	$ 2.250.000	3622		
3			2019-01-04	2019-03-03
4	$ 6.000.000	8		
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

N.º CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	JULIO	$ 373.333	$ 245.200	8481013540 - 8482888648
2	AGOSTO	$ 2.800.000	$ 348.500	8482811680
3	SEPTIEMBRE	$ 3.000.000	$ 395.300	8483979009
4	OCTUBRE	$ 3.000.000	$ 395.300	8484310364
5	EXTRA SEPTIEMBRE	$ 489.130	$ 32.500	8486083716
6	NOVIEMBRE	$ 3.000.000	$ 395.300	8484310364
7	DICIEMBRE	$ 3.000.000	$ 395.300	8485509523
8	ENERO	$ 3.000.000	$ 395.300	8487025108
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

Resumen de contrato	VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
	$ 2.800.000	**$ 23.816.667**	**$ 18.662.463**	**$ 5.154.204**

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO TERAPEUTA OCUPACIONAL 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 peric **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 E.S.E.	Desarrollar acciones en el espacio vivienda componente HCB de acuerdo al lineamiento establecido de la secretaria de salud y cumplir con los direccionamientos establecidos del supervisor del contrato.
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	
3	Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar	Diligenciamiento del cronograma mensual en el que se consignan las actividades programadas durante el mes siguiente acordes a las acciones establecidas en el lineamiento y los acuerdos realizados en el territorio con la zonal del ICBF localidad Rafael Uribe, representantes legales de las agrupaciones de HCB y madres comunitarias respectivamente.
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	
5	Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal.	Realizar primer contacto con la zonal de la localidad Rafael Uribe, y priorizar 32 HCB para acompañamiento, establecer reunion con representantes legales de las asociaciones y HCB priorizados y establecer el proceso de acompañamiento y acuerdos para el mismo, construir piezas comunicativas y cronograma de acompañamientos y modulos en los HCB.
6	Diligenciar de manera completa, adecuada, ordenada y legible todos los formatos requeridos en las diferentes intervenciones de acuerdo a los anexos operativos de cada espacios de vida o componente transversal	

Observaciones:

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

Firma del Contratista

C.C. 1.018.423.326 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	MILTON CARDOZO
CARGO:	REFERENTE ESPACIO VIVIENDA
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 1018423326		CONTRERAS OSPINA SINDY DAMARIS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 82 # 102 79	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4427299	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-12	2018-12	87025108	87025108	I	2019/01/09	2018/12/19	BANCO AV VILLAS	0	$395,300

RESUMEN DE PAGO

AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$192,000	$0	$0	$192,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$192,000	$0	$0	$192,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$29,300	$0	$0	$29,300
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$29,300	$0	$0	$29,300
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$24,000	$0	$0	$24,000
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	1	$24,000	$0	$0	$24,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$150,000	$0	$0	$150,000
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$150,000	$0	$0	$150,000

Banco AV Villas

COMPROBANTE PAGO DE PLANILLA ASISTIDA PILA

Número Identificación del Aportante / Pin Única: 1018423326

Valor a Pagar $: 395.300

Si usted va a realizar el pago con el número de Planilla, diligencie esta sección:

PAGO CON NÚMERO DE PLANILLA

Número de Planilla: 84870255108

Si usted va a realizar el pago con Pin Único, diligencie esta sección:

PAGO CON PIN ÚNICO

Operador de Información: _____

Periodo de Cotización a Pagar: Año 2018 Mes 12

ESTIMADO CLIENTE:
VERIFIQUE QUE LA INFORMACIÓN IMPRESA EN EL COMPROBANTE SEA CORRECTA Y QUE EL VALOR REGISTRADO CORRESPONDA AL VALOR ORDENADO POR USTED. EL BANCO NO TENDRÁ COPIA DE ESTE FORMATO. EL SOPORTE DE LA TRANSACCIÓN SERÁ EL REGISTRO EN EL SISTEMA. RECUERDE QUE ESTE SERÁ EL ÚNICO SOPORTE FÍSICO DE SU TRANSACCIÓN. CONSÉRVELO PARA CUALQUIER VERIFICACIÓN.

CAP-PRO-023-V2

FORTECO S.A.

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	5228	**C.D.P. No.:**	2648	**Proceso al que pertenece:**	PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC
				Unidad a la que pertenece:	SALUD PUBLICA - ESPACIO VIVIENDA

Nombre del Contratista: SINDY DAMARIS CONTRERAS OSPINA **C.C.** 1.018.423.326 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2018-07-26 **Fecha Terminación inicial:** 2018-08-25 **Valor Mensual:** $ 3.000.000 **Valor a cobrar:** $ 3.000.000

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 12.766.667	2857	2018-08-26	2019-01-03
2	$ 2.250.000	3622		
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

N.° CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	JULIO	$ 373.333	$ 245.200	8481013540 - 8482888648
2	AGOSTO	$ 2.800.000	$ 348.500	8482811680
3	SEPTIEMBRE	$ 3.000.000	$ 395.300	8483979009
4	OCTUBRE	$ 3.000.000	$ 395.300	8484310364
5	EXTRA SEPTIEMBRE	$ 489.130	$ 462.400	8483979009/8486083716
6	NOVIEMBRE	$ 3.000.000	$ 395.301	8484310364
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 2.800.000	$ 17.816.667	$ 12.662.463	$ 5.154.204

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO TERAPEUTA OCUPACIONAL 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 perí **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	Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del Contrato suscrito con FFD y la E.S.E.	Desarrollar acciones en el espacio vivienda componente HCB de acuerdo al lineamiento establecido de la secretaria de salud y cumplir con los direccionamientos establecidos del supervisor del contrato.
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	
3	Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar	Diligenciamiento del cronograma mensual en el que se consignan las actividades programadas durante el mes siguiente acordes a las acciones establecidas en el lineamiento y los acuerdos realizados en el territorio con la zonal del ICBF localidad Santafe, representantes legales de las agrupaciones de HCB y madres comunitarias respectivamente.
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	
5	Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal.	Continuar con la caracterización socio ambiental de 30 hogares comunitarios de bienestar HCB, teniendo en cuenta el instrumento de novedades, implementación del cuarto módulo de AIEPI comunitario grupal, e implementación de la estrategia, de forma individual en cada HCB según priorización de temas por necesidades evidenciadas.
6	Diligenciar de manera completa, adecuada, ordenada y legible todos los formatos requeridos en las diferentes intervenciones de acuerdo a los anexos operativos de cada espacios de vida o componente transversal	

Observaciones:

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

Firma del Contratista

C.C. 1.018.423.326 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	MILTON CARDOZO
CARGO:	REFERENTE ESPACIO VIVIENDA
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 1018423326		CONTRERAS OSPINA SINDY DAMARIS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 82 # 102 79	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4427299	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	84310364	8484310364	I	2018/11/08	2018/10/09	BANCO AV VILLAS	0	$395,300

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	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,200,000	$192,000			$1,200,000	$150,000			$1,200,000	$24,000			$1,200,000	$29,300		$0	$0		$395,300
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,200,000	$192,000			$1,200,000	$150,000			$1,200,000	$24,000			$1,200,000	$29,300		$0	$0		$395,300
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																						$1,200,000	$192,000			$1,200,000	$150,000			$1,200,000	$24,000			$1,200,000	$29,300		$0	$0		$395,300
1	CC	1018423326	CONTRERAS SINDY																		25-14	30	$1,200,000	$192,000	EPS017	30	$1,200,000	$150,000	CCF22	30	$1,200,000	$24,000	14-7	30	$1,200,000	$29,300	30	$0	$0	No	$395,300
Total			**Afiliados(1)**																			$1,200,000	$192,000			$1,200,000	$150,000			$1,200,000	$24,000			$1,200,000	$29,300		$0	$0		$395,300

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1018423326		CONTRERAS OSPINA SINDY DAMARIS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 82 # 102 79	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4427299	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	84310364	8484310364	I	2018/11/08	2018/10/09	BANCO AV VILLAS	0	$395,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$192,000	$0	$0	$192,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$192,000	$0	$0	$192,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$29,300	$0	$0	$29,300
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$29,300	$0	$0	$29,300
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$24,000	$0	$0	$24,000
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	1	$24,000	$0	$0	$24,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$150,000	$0	$0	$150,000
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$150,000	$0	$0	$150,000
TOTAL				1	$395,300	$0	$0	$395,300

2018/10/16 08:01 PM octubre 18

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:	5228	**C.D.P. No.:**	2648	**Proceso al que pertenece:**	PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC
				Unidad a la que pertenece:	SALUD PUBLICA - ESPACIO VIVIENDA

Nombre del Contratista: SINDY DAMARIS CONTRERAS OSPINA **C.C.** 1.018.423.326 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2018-07-26 **Fecha Terminación inicial:** 2018-08-25 **Valor Mensual:** $ 3.000.000 **Valor a cobrar:** $ 3.000.000

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 12.766.667	2857	2018-08-26	2019-01-03
2	$ 2.250.000	3622		
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

N.º CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	JULIO	$ 373.333	$ 245.200	8481013540 - 8482888648
2	AGOSTO	$ 2.800.000	$ 348.500	8482811680
3	SEPTIEMBRE	$ 3.000.000	$ 395.300	8483979009
4	OCTUBRE	$ 3.000.000	$ 395.300	8484310364
5	EXTRA SEPTIEMBRE	$ 489.130	$ 67.100	8486083716
6	NOVIEMBRE	$ 3.000.000	$ 395.300	8485509523
7	DICIEMBRE	$ 3.000.000	$ 395.300	8485509523
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

Resumen de contrato	VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
	$ 2.800.000	$ 17.816.667	$ 15.662.463	$ 2.154.204

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO TERAPEUTA OCUPACIONAL 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 OBLIGACIÓN
1	Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del Contrato suscrito con FFD y la E.S.E.	Desarrollar acciones en el espacio vivienda componente HCB de acuerdo al lineamiento establecido de la secretaria de salud y cumplir con los direccionamientos establecidos del supervisor del contrato.
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	
3	Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar	Diligenciamiento del cronograma mensual en el que se consignan las actividades programadas durante el mes siguiente acordes a las acciones establecidas en el lineamiento y los acuerdos realizados en el territorio con la zonal del ICBF localidad Santa Fe, representantes legales de las agrupaciones de HCB y madres comunitarias respectivamente.
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	
5	Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal.	Continuar con la caracterización socio ambiental de 30 hogares comunitarios de bienestar HCB, teniendo en cuenta el instrumento de novedades, cierre de procesos e implementación de planes de mejora según priorización de temas por necesidades evidenciadas.
6	Diligenciar de manera completa, adecuada, ordenada y legible todos los formatos requeridos en las diferentes intervenciones de acuerdo a los anexos operativos de cada espacios de vida o componente transversal	

Observaciones:

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

Firma del Contratista

C.C. 1.018.423.326 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	MILTON CARDOZO
CARGO:	REFERENTE ESPACIO VIVIENDA
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 1018423326		CONTRERAS OSPINA SINDY DAMARIS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 82 # 102 79	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4427299	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	85509523	84855095 23	I	2018/12/07	2018/11/14	BANCO AV VILLAS	0	$395,300

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			$1,200,000	$24,000			$1,200,000	$29,300		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,200,000	$192,000			$1,200,000	$150,000			$1,200,000	$24,000			$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			$1,200,000	$24,000			$1,200,000	$29,300		$0	$0
1	CC 1018423326	CONTRERAS SINDY	25-14	30	$1,200,000	$192,000	EPS017	30	$1,200,000	$150,000	CCF22	30	$1,200,000	$24,000	14-7	30	$1,200,000	$29,300	30	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,200,000	$192,000			$1,200,000	$150,000			$1,200,000	$24,000			$1,200,000	$29,300		$0	$0

Bolsa r

PAGADO

2018/11/14 03:55 PM noviembre 18

5228

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:	5228	**C.D.P. No.:**	2648	**Proceso al que pertenece:**	PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC
				Unidad a la que pertenece:	SALUD PUBLICA - ESPACIO VIVIENDA

Nombre del Contratista: SINDY DAMARIS CONTRERAS OSPINA **C.C.** 1.018.423.326 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2018-07-26 **Fecha Terminación inicial:** 2018-08-25 **Valor Mensual:** $ 3.000.000 **Valor a cobrar:** $ 3.000.000

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 12.766.667	2857	2018-08-26	2019-01-03
2				
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	$ 373.333	$ 245.200	8481013540 - 8482888648
2	AGOSTO	$ 2.800.000	$ 348.500	8482811680
3	SEPTIEMBRE	$ 3.000.000	$ 395.300	8483979009
4	OCTUBRE	$ 3.000.000	$ 395.300	8484310364
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	$ 15.566.667	$ 9.173.333	$ 6.393.334

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO TERAPEUTA OCUPACIONAL 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	Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del Contrato suscrito con FFD y la E.S.E.	Desarrollar acciones en el espacio vivienda componente HCB de acuerdo al lineamiento establecido de la secretaria de salud y cumplir con los direccionamientos establecidos del supervisor del contrato.
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	
3	Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar	Diligenciamiento del cronograma mensual en el que se consignan las actividades programadas durante el mes siguiente acordes a las acciones establecidas en el lineamiento y los acuerdos realizados en el territorio con la zonal del ICBF localidad Santafé, representantes legales de las agrupaciones de HCB y madres comunitarias respectivamente.
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	
5	Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal.	Continuar con la caracterización socio ambiental de 30 hogares comunitarios de bienestar HCB, teniendo en cuenta el instrumento de novedades, implementación del primer módulo de AIEPI comunitario grupal, e implementación de la estrategia, de forma individual en cada HCB según priorización de temas por necesidades evidenciadas.
6	Diligenciar de manera completa, adecuada, ordenada y legible todos los formatos requeridos en las diferentes intervenciones de acuerdo a los anexos operativos de cada espacios de vida o componente transversal	

Observaciones:

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

Firma del Contratista

C.C. 1.018.423.326 **de** BOGOTA

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