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: 5232 **C.D.P. No.:** 2648 **Proceso al que pertenece:** PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC
Unidad a la que pertenece: SALUD PUBLICA

Nombre del Contratista: LEIDY LIZETH CHASOY JACANAMIJOY **C.C.** 1.118.546.579 **de:** YOPAL

Fecha Inicio: 26/07/2018 **Fecha Terminación inicial:** 25/08/2018 **Valor Mensual:** $ 1.700.000 **Valor a cobrar:** $ 1.700.000

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 7.458.333	2648	26/08/2018	04/01/2018
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	AGOSTO	$ 1.700.000	$ 241.800	84844629948
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 1.700.000	$ 9.158.333	$ 1.700.000	$ 7.458.333

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS COMO TECNÓLOGO EN SALUD OCUPACIONAL DESARROLLANDO ACTIVIDADES DEL PLAN DE SALUD PÚBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 01/08/2018 **Hasta:** 30/08/2018

	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 como tecnologos en seguridad y salud ocupacional desarrollando actividades en el plan de salud publica de intervenciones colectivas para la subred centro oriente.	caracterizacion de unidades de trabajo- alto impacto (13)
		caracterizacion mediano impacto (27)
		asesoria de trabajo mediano impacto (27)
		2 seguimiento (22)
2	apoyar la prestacion de servicios en el pic, presentando la informacion y/o soportes que solicite y que corresponden al objetivo y/o actividades contractuales y de acuerdo a los anexos lineamientos contenidos en el contrato suscrito con el fondo financiero distrital.	caracterizacion de niños trabajadores (13)
		caracterizacion adolescentes trabajadores (6)
3	apoyar las actividadesc inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estandares de habilitacion y acreditacion de los servicios de salud.	reunion de equipo
4	presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar contenidas en el formato de nesesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.	Cronograma de actividades

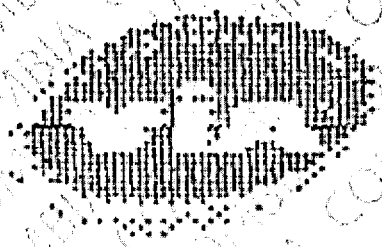
Observaciones:

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. 1.118.546.579 **de** YOPAL

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	JEAN PAUL ALARCON BARRAGAN
CARGO:	REFERENTE ESPACIO TRABAJO
FIRMA	



PAGO DE FACTURAS

PILA BP

NUM APROBACION: 75771029

NUM REFERENCIA: 0000000848444629448

NUM IDENTIFICACION: 1118546529

PERIODO: 2018-08

FECHA EFECTIVA: 2018-08-21

VALOR: 241.800

MIE 21 AGO 21 16:21:15

197-11859835-833

770650-423560-144629-2302604045

CONSERVE ESTE TIQUETE. ES EL UNICO RECIBO OFICIAL DE PAGO. EN CASO DE RECLAMO LLAMAR A SU OPERADOR.

AGT 984 CLR 8348158

8810121-11542

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 1118546579		JACANAMIJOY CHASOY LEIDY LIZETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 65H SUR #78C-36	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3207992196	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	75771029	84844629948	I	2018/08/05	2018/08/26	BANCO AV VILLAS	0	$241,800

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)					$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$0	$0			$781,242	$19,100		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$0	$0			$781,242	$19,100		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$0	$0			$781,242	$19,100		$0	$0
1	CC 1118546579	CHASOY LEIDY	230301	30	$781,242	$125,000	CCFC53	30	$781,242	$97,700		0	$0	$0	14-7	30	$781,242	$19,100	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$0	$0			$781,242	$19,100		$0	$0

PAGADO

2018/08/22 08:00 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 1118546579		JACANAMIJOY CHASOY LEIDY LIZETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 65H SUR #78C-36	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3207992196	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	75771029	84844629948	I	2018/08/05	2018/08/26	BANCO AV VILLAS	0	$241,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$125,000	$0	$0	$125,300
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$125,000	$0	$0	$125,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$19,100	$0	$0	$19,200
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$19,100	$0	$0	$19,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$97,700	$0	$0	$97,900
CAPITAL SALUD	CCFC53	860,045,904	7	1	$97,700	$0	$0	$97,900
TOTAL				**1**	**$241,800**	**$0**	**$0**	**$241,800**

PAGADO

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:	5232	**C.D.P. No.:**	2648	**Proceso al que pertenece:**	PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC
				Unidad a la que pertenece:	SALUD PUBLICA

Nombre del Contratista: LEIDY LIZETH CHASOY JACANAMEJOY **C.C.** 1.118.546.579 **de:** YOPAL

Fecha Inicio: 26/07/2018 **Fecha Terminación Inicial:** 25/08/2018 **Valor Mensual:** $ 1.750.000 **Valor a cobrar:** $ 1.750.000

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 1.700.000	2648	26/08/2018	25/09/2018
2	$ 7.458.333	2857	2018-09-26	2018-02-04
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	AGOSTO	$ 1.700.000	$ 241.800	84844629948
2	SEPTIEMBRE	$ 1.750.000	$ 241.800	84844629948
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Resumen de contrato	VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
	$ 1.700.000	$ 10.858.333	$ 3.450.000	$ 7.408.333

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS COMO TECNÓLOGO EN SALUD OCUPACIONAL DESARROLLANDO ACTIVIDADES DEL PLAN DE SALUD PÚBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 01/08/2018 **Hasta:** 30/08/2018

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las expedidas 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	Caracterizacion de unidades de trabajo informal- alto impacto 13 Caracterizacion de unidades de trabajo informa -mediano impacto 27 Primera asesoría unidades de trabajo informal -mediano impacto 27
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 distribul.	Segunda asesoría unidades de trabajo informa -mediano impacto 27 Tercera asesoría unidades de trabajo informa -mediano impacto 16
3	Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.	Caracterizacion de niños y niñas trabajadores 14 Caracterizacion de adolescentes trabajadores 7
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.	Cronograma Reunion de equipo
5	Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal.	
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. 1.118.546.579 de YOPAL

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	JEAN PAUL ALARCON BARRAGAN
CARGO:	REFERENTE ESPACIO TRABAJO
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 1118546579		JACANAMIJOY CHASOY LEIDY LIZETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 65H SUR #28C-36	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3207992196	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	75771029	84844629948	I	2018/08/05	2018/08/26	BANCO AV VILLAS	0	$241,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$125,000	$0	$0	$125,300
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$125,000	$0	$0	$125,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$19,100	$0	$0	$19,200
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$19,100	$0	$0	$19,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$97,700	$0	$0	$97,900
CAPITAL SALUD	CCFC53	860,045,904	7	1	$97,700	$0	$0	$97,900
TOTAL				1	$241,800	$0	$0	$241,800

PAGADO

2018/08/22 08:00 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 1118546579		JACANAMIJOY CHASOY LEIDY LIZETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 65H SUR #78C-36	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3207992196	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	75771029	84844629948	I	2018/08/05	2018/08/26	BANCO AV VILLAS	0	$241,800

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)							$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$0	$0			$781,242	$19,100		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)							$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$0	$0			$781,242	$19,100		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)							$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$0	$0			$781,242	$19,100		$0	$0
1	CC	1118546579	CHASOY LEIDY	230301	30		$781,242	$125,000	CCFC53	30	$781,242	$97,700		0	$0	$0	14-7	30	$781,242	$19,100	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**						$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$0	$0			$781,242	$19,100		$0	$0

PAGADO

2018/08/22 08:00 AM

COLOMBIA

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:	5232	**C.D.P. No.:**	2648	**Proceso al que pertenece:**	PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC
				Unidad a la que pertenece:	SALUD PUBLICA

Nombre del Contratista: LEIDY LIZETH CHASOY JACANAMIJOY **C.C.** 1.118.546.579 **de:** YOPAL

Fecha Inicio: 26/07/2018 **Fecha Terminación inicial:** 25/08/2018 **Valor Mensual:** $ 1.750.000 **Valor a cobrar:** $ 1.750.000

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 1.700.000	2648	26/08/2018	25/09/2018
2	$ 9.158.333	2857	2018-09-26	2019-01-03
3	$ 3.500.000	8	2019-01-04	2019-03-03
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	AGOSTO	$ 1.700.000	$ 241.800	84844629948
2	SEPTIEMBRE	$ 1.750.000	$ 241.800	84844629948
3	OCTUBRE	$ 1.750.000	$ 241.800	8480182098
4	NOVIEMBRE	$ 1.750.000	$ 241.800	8484802048
5	DICIEMBRE	$ 1.750.000	$ 241.800	8475410947
6	ENERO	$ 1.750.000	$ 241.800	8470010215
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Resumen de contrato	VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
	$ 1.700.000	$ 16.058.333	$ 10.450.000	$ 5.608.333

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS COMO TECNÓLOGO EN SALUD OCUPACIONAL DESARROLLANDO ACTIVIDADES DEL PLAN DE SALUD PÚBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 01/01/2019 **Hasta:** 30/01/2019

	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 generan directa e indirectamente del objeto contractual en la unidades de prestacion de servicios asignados de acuerdo con la progamacion de actividades.	Se diligencio de manera completa legible y oportuna todos los formatos y soportes requeridos en las diferentes intervenciones de acuerdo a anexos operativos archivo vigilacia sanitaria 40 horas.
2	Colaborar con la SUBRED para que el objeto del contrato se cumpla	Seguimiento 1 unidades de trabajo informal mediano impacto (23)
3	Acatar las instrucciones que durante el desarrollo del contrato imparta la SUBRED a traves del supervisor del contrato	Se realizaron diferentes visitas en campo correspondientes a Utis de alto y mediano impacto y caracterizaciones a adolescentes de la localidad martires.
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 estandares de habilidación y acreditacion de servicios de salud.	Se apoyaron las diferentes acciones inherentes al objeto del contrato cuando el supervisor lo requirio en pro del mejoramiento y calidad del servicio de acuerdo a los estandares de habilitaciòn y acreditaciòn de los servicios de salud.
5	Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal.	Carcterizaciòn de NN en la localidad de Martires y santa fe
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. 1.118.546.579 **de** YOPAL

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	JEAN PAUL ALARCON BARRAGAN
CARGO:	REFERENTE ESPACIO TRABAJO
FIRMA	

PAGO DE FACTURAS

PAGA EN

NUM APROBACION: 757716029

NUM REFERENCIA: 000000847001021 5

NUM IDENTIFICACION: 1115546575

PERIODO: 2018-12

FECHA EFECTIVA: 2018-12-28

VALOR: 241.800

NIT 28 DIC 28 16:21:15

d57-11059835-038

77e5a-42e5e0-144e23-39d2d0 45

CONSERVE ESTE TIQUETE. ES EL

UNICO RECIBO OFICIAL DE PAGO EN

CASA DE RECLAMO LLAME A

LA SU OPERADOR.

HOY

884 CLR 8848158

0110121-115426

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 1118546579		JACANAMIJOY CHASOY LEIDY LIZETH	NDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 65H SUR #78C-36	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3207992196	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-12	2018-12	75771029	8470010215	I	2018/12/05	2018/12/29	BANCO AV VILLAS	0	$241,800

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)					$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$0	$0			$781,242	$19,100		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$0	$0			$781,242	$19,100		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$0	$0			$781,242	$19,100		$0	$0
1	CC	1118546579	CHASOY LEIDY	230301	30	$781,242	$125,000	CFC53	30	$781,242	$97,700		0	$0	$0	14-7	30	$781,242	$19,100		$0	$0
Total Afiliados(1)						$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$0	$0			$781,242	$19,100		$0	$0

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 1118546579		JACANAMIJOY CHASOY LEIDY LIZETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 65H SUR #78C-36	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3207992196	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-12	2018-12	75771029	8470010215	I	2018/12/05	2018/12/26	BANCO AV VILLAS	0	$241,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$125,000	$0	$0	$125,300
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$125,000	$0	$0	$125,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$19,100	$0	$0	$19,200
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$19,100	$0	$0	$19,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$97,700	$0	$0	$97,900
CAPITAL SALUD	CCFC53	860,045,904	7	1	$97,700	$0	$0	$97,900
TOTAL				1	$241,800	$0	$0	$241,800

PAGADO

2018/12/28 09:25 AM

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: 5232 **C.D.P. No.:** 2648 **Proceso al que pertenece:** PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC
Unidad a la que pertenece: SALUD PUBLICA

Nombre del Contratista: LEIDY LIZETH CHASOY JACANAMEJOY **C.C.** 1.118.546.579 **de:** YOPAL

Fecha Inicio: 26/07/2018 **Fecha Terminación inicial:** 25/08/2018 **Valor Mensual:** $ 1.750.000 **Valor a cobrar:** $ 1.750.000

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 1.700.000	2648	26/08/2018	25/09/2018
2	$ 7.458.333	2857	2018-09-26	2018-02-04
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NUMERO DE PLANILLA
1	AGOSTO	$ 1.700.000	$ 241.800	84844629948
2	SEPTIEMBRE	$ 1.750.000	$ 241.800	84844629948
3	OCTUBRE	$ 1.750.000	$ 241.800	8480182098
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 1.700.000	$ 10.858.333	$ 5.200.000	$ 5.658.333

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS COMO TECNÓLOGO EN SALUD OCUPACIONAL DESARROLLANDO ACTIVIDADES DEL PLAN DE SALUD PÚBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 01/10/2018 **Hasta:** 30/10/2018

	OBLIGACIONES ESPECIFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCION DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	Desarrollar las actividades que se generan directa e indirectamente del objeto contractual en las Unidades de prestación de servicios asignadas de acuerdo con la programación de actividades.	Se diligencio de manera completa legible y oportuna todos los formatos y soportes requeridos en las diferentes intervenciones de acuerdo a los anexos operativos.
2	Colaborar con la SUBRED para que el objeto del contrato se cumpla	Seguimiento 1 Unidades de trabajo informal Mediano Impacto - 27, Seguimiento de utis de unidades de trabajo informal.
3	Acatar las instrucciones que durante el desarrollo del contrato imparta la SUBRED a través del supervisor del contrato	Se realizaron diferentes visitas en campo, correspondientes a utis de mediano impacto y asesorias a adolescentes de la localidad de Martires y San cristobal
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	Se apoyaron las diferentes acciones inherentes al objeto del contrato cuando el supervisor lo requirió, en pro del mejoramiento y calidad del servicio de acuerdo a los estandares de habilitacion y acreditación de los servicios de salud.
5	5. Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal.	
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 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. 1.118.546.579 **de** YOPAL

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	JEAN PAUL ALARCON BARRAGAN
CARGO:	REFERENTE ESPACIO TRABAJO
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 1118546579		JACANAMIJOY CHASOY LEIDY LIZETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 65H SUR #78C-36	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3207992196	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	75771029	8480182098	I	2018/09/05	2018/09/26	BANCO AV VILLAS	0	$241,800

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)					$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$0	$0			$781,242	$19,100		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					**$781,242**	**$125,000**			**$781,242**	**$97,700**			**$0**	**$0**			**$781,242**	**$19,100**		**$0**	**$0**
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					**$781,242**	**$125,000**			**$781,242**	**$97,700**			**$0**	**$0**			**$781,242**	**$19,100**		**$0**	**$0**
1	CC	1118546579	CHASOY LEIDY	230301	30	$781,242	$125,000	CCFC53	30	$781,242	$97,700		0	$0	$0	14-7	30	$781,242	$19,100	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					**$781,242**	**$125,000**			**$781,242**	**$97,700**			**$0**	**$0**			**$781,242**	**$19,100**		**$0**	**$0**

PAGADO

2018/10/18 08:00 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 1118546579		JACANAMIJOY CHASOY LEIDY LIZETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 65H SUR #78C-36	BOGOTÁ-BOGOTA D.E.	3207992196	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	75771029	8480182098	I	2018/09/05	2018/09/26	BANCO AV VILLAS	0	$241,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$125,000	$0	$0	$125,300
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$125,000	$0	$0	$125,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$19,100	$0	$0	$19,200
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$19,100	$0	$0	$19,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$97,700	$0	$0	$97,900
CAPITAL SALUD	CCFC53	860,045,904	7	1	$97,700	$0	$0	$97,900
TOTAL				1	$241,800	$0	$0	$241,800

PAGADO

2018/10/18 08:00 AM

PAGO DE FACTURAS

PILA BR

NUM APROBACION: 757710829

NUM REFERENCIA: 0000000848818200

NUM IDENTIFICACION: 1118546579

PERIODO: 2018-09

FECHA EFECTIVA: 2018-09-21

VALOR: 241.800

JUE 21 SEP 21 16:21:15

d3f-1165a935-033

77e50-423660-144e29-2902b0045

CONSERVE ESTE TIQUETE. ES EL

UNICO RECIBO OFICIAL DE PAGO EN

CASO DE RECLAMO LLAMAR

A SU OPERADOR.

SEP 984 CLR 8848158

8810112-11542B

5232

5232

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:	5232	**C.D.P. No.:**	2648	**Proceso al que pertenece:**	PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC
				Unidad a la que pertenece:	SALUD PUBLICA

Nombre del Contratista: LEIDY LIZETH CHAROY MOSQUERA — **C.C.** 1.118.546.579 — **de:** YOPAL

Fecha Inicio:	26/07/2018	**Fecha Terminación Inicial:**	25/08/2018	**Valor Mensual:**	$ 1.750.000
Valor a cobrar:	$ 1.750.000				

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 1.700.000	2648	26/07/2018	25/08/2018
2	$ 7.458.333	2857	2018-09-26	2018-02-04
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	AGOSTO	$ 1.700.000	$ 241.800	84844629948
2	SEPTIEMBRE	$ 1.750.000	$ 241.800	84844629948
3	OCTUBRE	$ 1.750.000	$ 241.800	8480182098
4	NOVIEMBRE	$ 1.750.000	$ 241.800	8484802048
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 1.700.000	$ 10.858.333	$ 6.950.000	$ 3.908.333

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS COMO TECNÓLOGO EN SALUD OCUPACIONAL DESARROLLANDO ACTIVIDADES DEL PLAN DE SALUD PÚBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 01/11/2018 **Hasta:** 30/11/2018

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las requeridas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO (ACTIVIDAD O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN)
1	Desarrollar las actividades que se generan directa e indirectamente del objeto contractual en las Unidades de prestación de servicios asignadas de acuerdo con la programación de actividades.	Tercera Asesoria Unidades de Trabajo Informal - Mediano Impacto (27)
2	Colaborar con la SUBRED para que el objeto del contrato se cumpla	Monitoreo Unidades de Trabajo Informal - Mediano Impacto (27)
3	Acatar las instrucciones que durante el desarrollo del contrato imparta la SUBRED a través del supervisor del contrato	Asesoria de Adolescentes Trabajadores (6)
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	Reunión de Equipo
5	5. Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal.	
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 espacio 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. 1.118.546.579 **de** YOPAL

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	JEAN PAUL ALARCON BARRAGAN
CARGO:	REFERENTE ESPACIO TRABAJO
FIRMA	


PAGO DE FACTURAS
PILA BR
NUM APROBACION:75771023
NUM REFERENCIA:0000068484802048
NUM IDENTIFICACION:1118546570
PERIODO: 2018-08
FECHA EFECTIVA:2018-10-05
VALOR:$41.800
LUNES OCT 05, 16:21:15
d37-110593035-033
7700504235600-144629-3302600045
CONSERVE ESTE TIQUETE. ES EL
UNICO RECIBO OFICIAL DE PAGO EN
CASO DE RECLAMO LLAMAR
A SU OPERADOR
OCT 884 CLR 33481558
0310121-11542

en línea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

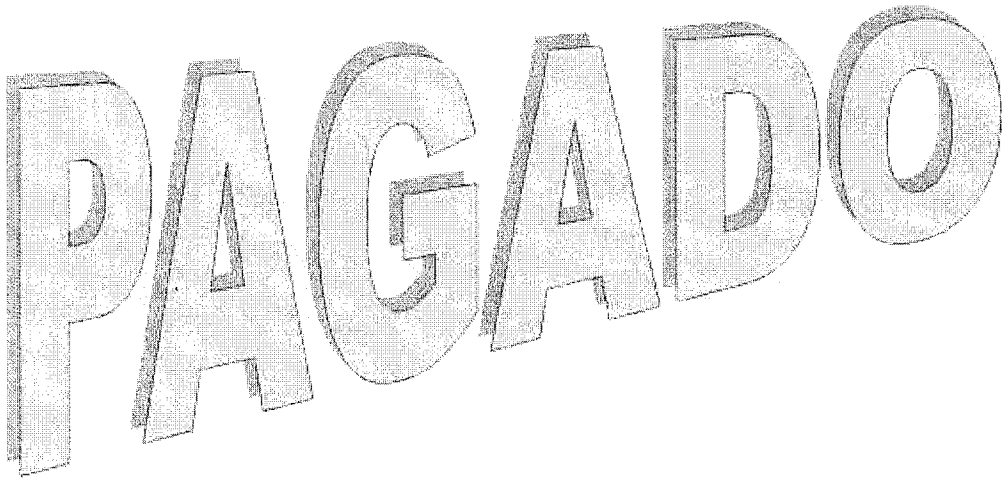
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1118546579		JACANAMIJOY CHASOY LEIDY LIZETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 65H SUR #78C-36	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3207992196	No

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	75771029	8484802048	I	2018/10/05	2018/10/26	BANCO AV VILLAS	0	$241,800

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)					$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$0	$0			$781,242	$19,100		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$0	$0			$781,242	$19,100		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$0	$0			$781,242	$19,100		$0	$0
1	CC 1118546579	CHASOY LEIDY	230301	30	$781,242	$125,000	CCFC53	30	$781,242	$97,700		0	$0	$0	14-7	30	$781,242	$19,100	0	$0	$0
Total Afiliados(1)					$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$0	$0			$781,242	$19,100		$0	$0



2018/11/18 08:00 AM

en linea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

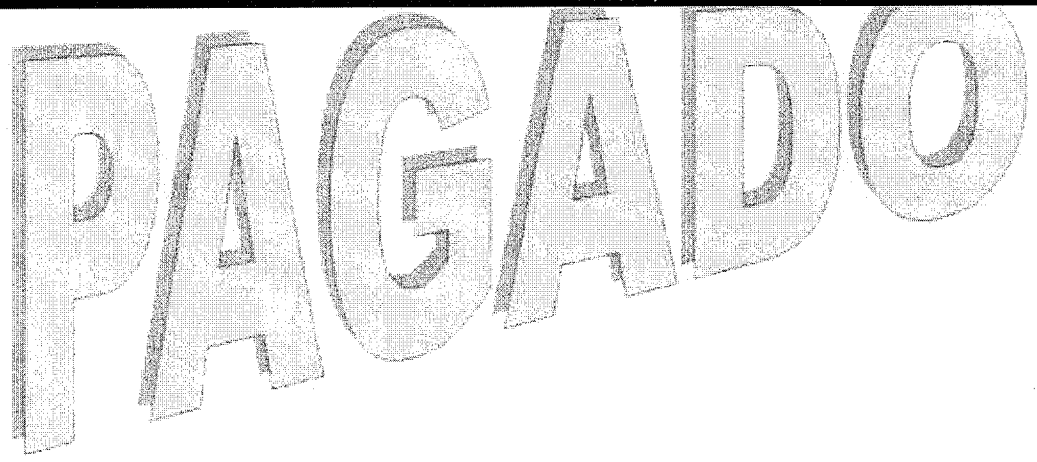
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1118546579		JACANAMIJOY CHASOY LEIDY LIZETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 65H SUR #78C-36	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3207992196	No

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	75771029	8484802048	I	2018/10/05	2018/10/26	BANCO AV VILLAS	0	$241,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$125,000	$0	$0	$125,300
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$125,000	$0	$0	$125,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$19,100	$0	$0	$19,200
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$19,100	$0	$0	$19,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$97,700	$0	$0	$97,900
CAPITAL SALUD	CCFC53	860,045,904	7	1	$97,700	$0	$0	$97,900
TOTAL				1	$241,800	$0	$0	$241,800



2018/11/18 08:00 AM

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:	5232	C.D.P. No.:	2648	Proceso al que pertenece:	PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC
				Unidad a la que pertenece:	SALUD PUBLICA

Nombre del Contratista:	LEIDY LIZETH CHASOY JACANAMIJOY	C.C.	1.118.546.579	de:	YOPAL
Fecha Inicio:	26/07/2018	Fecha Terminación incial:	25/08/2018	Valor Mensual:	$ 1.750.000
Valor a cobrar:	$ 1.750.000				

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 1.700.000	2648	26/08/2018	25/09/2018
2	$ 7.458.333	2857	2018-09-26	2018-02-04
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	AGOSTO	$ 1.700.000	$ 241.800	84844629948
2	SEPTIEMBRE	$ 1.750.000	$ 241.800	84844629948
3	OCTUBRE	$ 1.750.000	$ 241.800	8480182098
4	NOVIEMBRE	$ 1.750.000	$ 241.800	8484802048
5	DICIEMBRE	$ 1.750.000	$ 241.800	8475410947
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Resumen de contrato	VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
	$ 1.700.000	$ 10.858.333	$ 8.700.000	$ 2.158.333

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS COMO TECNÓLOGO EN SALUD OCUPACIONAL DESARROLLANDO ACTIVIDADES DEL PLAN DE SALUD PÚBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

Relación de actividades para el periodo: Desde: 01/12/2018 Hasta: 30/12/2018

	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 generan directa e indirectamente del objeto contractual en las Unidades de prestación de servicios asignadas de acuerdo con la programación de actividades.	Tercera Asesoria Unidades de Trabajo Informal - Mediano Impacto (27)
2	Colaborar con la SUBRED para que el objeto del contrato se cumpla	Reunión de Equipo
3	Acatar las instrucciones que durante el desarrollo del contrato imparta la SUBRED a través del supervisor del contrato	
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	
5	5. Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal.	
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 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. 1.118.546.579 de YOPAL

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	JEAN PAUL ALARCON BARRAGAN
CARGO:	REFERENTE ESPACIO TRABAJO
FIRMA	

PAGO DE FACTURAS

PILA BR

NUM APROBACION: 757102329

NUM REFERENCIA: 000000847541094 7

NUM IDENTIFICACION: 1116546579

PERIODO: 2018-11

FECHA EFECTIVA: 2018-11-28

VALOR: 241.800

HORA 08:16:21

7788504-2356A-14629-3902B0045

CONSERVE ESTE COMPROBANTE. ES EL

UNICO RECIBO OFICIAL DE PAGO EN

CASO DE RECLAMO LLAME A

LA OPERADORA.

HOY 884 CLR 884515

A0101221-11542

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 1118546579		JACANAMEJOY CHASOY LEIDY LIZETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 65H SUR #78C-36	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3207992196	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	75771029	8475410947	I	2018/11/05	2018/11/29	BANCO AV VILLAS	0	$241,800

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)						$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$0	$0			$781,242	$19,100		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$0	$0			$781,242	$19,100		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$0	$0			$781,242	$19,100		$0	$0
1	CC	1118546579	CHASOY LEIDY	230301	30	$781,242	$125,000	CCFC53	30	$781,242	$97,700		0	$0	$0	14-7	30	$781,242	$19,100	0	$0	$0
Total			**Afiliados(1)**			$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$0	$0			$781,242	$19,100		$0	$0

PAGADO

2018/12/14 09:25 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 1118546579		JACANAMJOY CHASOY LEIDY LIZETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 65H SUR #78C-36	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3207992196	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	75771029	847541094	I	2018/11/05	2018/11/26	BANCO AV VILLAS	0	$241.800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$125,000	$0	$0	$125,300
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$125,000	$0	$0	$125,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$19,100	$0	$0	$19,200
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$19,100	$0	$0	$19,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$97,700	$0	$0	$97,900
CAPITAL SALUD	CCFC53	860,045,904	7	1	$97,700	$0	$0	$97,900
TOTAL				1	$241,800	$0	$0	$241,800

PAGADO

2018/12/14 09:25 AM