48

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:	1732	C.D.P. No.:	188	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:	2019-02-01	Fecha Terminación inicial:	2019-03-03	Valor Mensual:	$ 3.095.400
Valor a cobrar:	$ 3.095.400				

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 3.000.000	536	2019-03-04	2019-04-03
2	$ 8.986.200	738	2019-04-04	2019-08-03
3	$ 3.095.336	1611	2019-08-04	2019-09-03
4	$ 6.201.800	1901	2019-09-04	2019-10-15
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	FEBRERO	$ 3.000.000	$ 396.600	8488755265
2	MARZO	$ 3.000.000	$ 396.600	8489346245
3	ABRIL	$ 3.095.400	$ 397.000	8490519453
4	MAYO	$ 3.095.400	$ 408.600	8492151350
5	JUNIO	$ 3.095.400	$ 408.000	8492716796
6	JULIO	$ 3.095.336	$ 408.000	8494936091
7	AGOSTO	$ 3.095.336	$ 408.000	8494636092
8	SEPTIEMBRE	$ 3.095.400	$ 409.000	8496723902
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
	$ 3.300.000	$ 24.583.336	$ 24.572.336	$ 11.000

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: 2019-09-01 Hasta: 2019-09-30

	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 San Cristobal, Santafe y 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 implementacion del plan familiar a 36 HCB de la localidad San Cristobal, Santafe y Martires, reuniones de concertacion con las asociaciones correspondientes a las representantes legales estableciendo el proceso de acompañamiento y acuerdos para la vigencia
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:	LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS
CARGO:	REFERENTE ESPACIO VIVIENDA
FIRMA	Laydi Martinez

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razón Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1018423326		CONTRERAS OSPINA SINDY DAMARIS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 82 # 102 79	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8072098	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2019-08	2019-08	96723902	8496723902	I	2019/09/06	2019/09/09	BANCO AV VILLAS	3	$409,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$198,200	$500	$0	$198,700
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$198,200	$500	$0	$198,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$30,200	$100	$0	$30,300
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$30,200	$100	$0	$30,300
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$24,800	$100	$0	$24,900
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	1	$24,800	$100	$0	$24,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$154,800	$400	$0	$155,200
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$154,800	$400	$0	$155,200
TOTAL				1	$408,000	$1,100	$0	$409,100

Banco AV Villas

COMPROBANTE PAGO DE PLANILLA ASISTIDA PILA

Número identificación del Aportante / Pin Único: 1.018.423.326

Valor a Pagar $: 409.000.=

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

PAGO CON NÚMERO DE PLANILLA

Número de Planilla: 8496723902

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 2019 Mes 08

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. CONSÉRVELO PARA CUALQUIER VERIFICACIÓN.

```
AVV 021 20190909 11:36 SC3595  LINEA   D
VR PAGADO:       409,100.00
NOMBRE:APORTES EN LINEA
CLAVE:8496723902                    0
ID:1018423326
Fecha Aplicación:20190909   PIN:113626
Estimado cliente: Verifique los datos de
su pago. Después de retirarse de la
ventanilla no se aceptan reclamos.
```

PORTEDO S.A.