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

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS-1720-2019	**C.D.P. No.:**	188	**Proceso al que pertenece:**	PLAN DE SALUD PUBLICA DEINTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC
				Unidad a la que pertenece:	SALUD PUBLICA -

Nombre del Contratista: LAUREN AMALFY PARRA LEGUIZAMON **C.C.** 1.013.589.112 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2019-02-01 **Fecha Terminación incial:** 2019-03-03 **Valor Mensual:** $ 3.095.400 **Valor a cobrar:** $ 3.869.250

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	$ 7.749.500	1901	2019-09-04	2019-10-15
5	$ 5.686.374	2562	2019-10-16	2019-11-20
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	FEBRERO	$ 3.000.000	$ 371.300	1018959515
2	MARZO	$ 3.000.000	$ 371.300	1019589070
3	ABRIL	$ 3.095.400	$ 383.100	1020452401
4	MAYO	$ 3.095.400	$ 383.100	1020824285
5	JUNIO	$ 3.095.400	$ 383.100	1021569188
6	JULIO	$ 3.095.336	$ 383.100	1022287236
7	AGOSTO	$ 3.095.400	$ 383.100	1022911409
8	AGOSTO EXTRAS	$ 773.850	$ 383.100	1022911409
9	SEPTIEMBRE	$ 3.095.400	$ 479.000	1023791220
10	SPTIEMBRE EXTRAS	$ 773.850	$ 479.000	1023791220
11	OCTUBRE	$ 3.095.400	$ 479.000	1024451458
12	OCTUBRE EXTRAS	$ 773.850	$ 479.000	1024451458
13				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 3.300.000	$ 31.817.410	$ 29.989.286	$ 1.828.124

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN PSICOLOGIA DESARROLLANDO ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2019-10-01 **Hasta:** 2019-10-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	1. Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE.	Desarrollar acciones en el espacio vivienda de acuerdo el lineamientos estableciddos de la secretaria de salud y cumplir con los direccionamientos establecidos desde del supervisor del contrato
2	2. Apoyar la prestación de servicios en el PIC, presentando la información y/o soportes que soliciten y que corresponde al objeto y/o actividades contractuales y de acuerdo a los anexos y lineamientos contenidos en el Contrato suscrito con el Fondo Financiero Distrital.	Plan familiar formulado Selección y priorización de familias Caracterización social y ambiental a través de diálogo de saberes con la familia Reconocer la cartografía base para el análisis de determinantes estructurales Analizar conjuntamente con la familia las condiciones halladas y establecer prioridades Plan Familiar implementado Concertación del Plan familiar Desarrollar acciones centradas en familia.
3	3. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.	Diligenciamiento del cronograma mensualmente en el que se consignan las actividades programadas durante el mes siguiente acordes a las acciones establecidas en el lineamineto
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 llevara acabo actividades de promosion en salud y prevencion de la enfermedad, encaminadas a mejorar la calidad de vida de las personas que se identifique con riesgos psicosociales y según el evento
5	5. Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal.	Se realizara la busqueda de las familias notificadas según el evento de priorizacion identificando los riesgos atrabajar
6		
7		
8		
9		
10		

Observaciones:

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

Lauren Parra.
Firma del Contratista

C.C. 1.013.589.112 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS
CARGO:	REFERENTE ESPACIO VIVIENDA
FIRMA	Laydi Viviana Martinez O

REVISADO

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2019-10-15, 05:18:43 PM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1024451458

Periodo Cotización 201909 **Periodo Servicio** 201909

Cliente:

PAGADA 2019-10-06 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LAUREN AMALFY PARRA LEGUIZAMON				
Documento	CC 1013589112	**Dirección**	CRA 108 # 80A - 27		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3084431		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1013589112						**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	59	00	Residente		Exonerado	N	PARRA LEGUIZAMON LAUREN AMALFY	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

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

Novedades																											Extranjero	S. Integral	Salario	Pensión						Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Ap IC
															0	30	30	30	0				25-14		16 %	$ 1.547.700	$ 247.700	$ 0	$ 0	EPS017		12,5 %	$ 1.547.700	$ 193.500	$ 0	14-7	3	2,436 %	$ 1.547.700	$ 37.800	NIN-CC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
COLPENSIONES	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	FAMISANAR EPS	SEGUROS BOLIVAR	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 247.700	$ 0	$ 0	$ 193.500	$ 37.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 479.000

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 -
¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMP

DAVIVIENDA

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS
504328257

Destino de pago
SIMPLE OI

Motivo
Pago de Seguridad Social

Fecha
06/10/2019

Número de aprobación
00328257

Dirección IP
186.155.61.254

Valor transacción
$ 480.600,00

Referencia 1	Referencia 2	Referencia 3
10.0.19.58	CC	1013589112

Banco Davivienda S.A. Todos los derechos reservados 2017.