Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 01
FECHA: 2017-07-07

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 1716 2019	**C.D.P. No.:**	188	**Proceso al que pertenece:**	PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC
				Unidad a la que pertenece:	SALUD PUBLICA - ESSPACIO VIVIENDA

Nombre del Contratista: SONIA PATRICIA PACHON BARON **C.C.** 52,486,464 **de** BOGOTA. D.C.

Fecha Inicio: 2019-02-01 **Fecha Terminación incial:** 2019-03-03 **Valor Mensual:** $ 3,095,336 **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	1116	2019-08-04	2019-09-03
4	$ 7,749,500	1901	2019-09-04	2019-10-15
5	$ 5,686,374	2562	16/10/2019	20/11/2019

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDA	NÚMERO DE PLANILLA
1	FEBRERO	$ 3,000,000	$ 371,300	8332767157
2	MARZO	$ 3,000,000	$ 371,300	8333363839
3	ABRIL	$ 3,095,400	$ 371,300	8333997199
4	MAYO	$ 3,095,400	$ 383,200	8334818631
5	JUNIO	$ 3,095,400	$ 383,200	8335281802
6	JULIO	$ 3,095,336	$ 383,200	8335859786
7	AGOSTO	$ 3,095,336	$ 383,200	8336509685
8	AGOSTO EXTRAS	$ 773,850	$ 383,200	8336509685
9	SEPTIEMBRE	$ 3,095,400	$ 479,000	8337434134
10	SEPTIEMBRE EXTRAS	$ 773,850	$ 479,000	8337434134
9	OCTUBRE	$ 3,095,400	$ 479,000	8337790468
10	OCTUBRE EXTRAS	$ 773,850	$ 479,000	8337790468

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 3.300.000	$ 31.817.410	$ 29.989.287	$ 1.828.123

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 por el supervisor de 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 al 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 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
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.	Apoyo a otras actividades que sean asignadas desde coordinación
5	5. Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal, contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.	Realizar caracterizaciones según cronógrama y asignacion de bases

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. 52,486,464 **de** BOGOTA. D.C.

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	VIVIANA MARTINEZ
CARGO:	REFERENTE ESPACIO VIVIVENDA
FIRMA	

REVISADO

Señor(es): SONIA PATRICIA PACHON BARON
Nit: CC 52486464
Dirección: CALLE 88 H No. 59 B - 05 SUR
Teléfono: 7289673 **Fax:**
Ciudad: BOGOTA, D.C.

Respetado(s) señor(es)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:

compensar | miplanilla.com

Nombre	SONIA PATRICIA PACHON I
Tipo y número de identificación	52486464
Número de radicación planilla	8337790468
Fecha de pago	10/15/2019
Número de autorización de pago	39454208
Banco	1023
Valor Comisión	$0

Número de empleados	1
Periodo cotización salud	Septiembre 2019
Periodo cotización pensión	Septiembre 2019
Periodo cotización caja	Septiembre 2019
Número de administradoras	3
Total Pagado	$479.000
Total interes mora	$0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	$37.800	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	$247.700	1
EPS008	Compensar EPS	$193.500	1

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información



PAGO DE FACTURAS

PILA BP
NUM APROBACION:39454208
NUM REFERENCIA:0000008337790468
NUM IDENTIFICACION:52486464
PERIODO: 2019-09
FECHA EFECTIVA:2019-10-11
VALOR: $ 479.000
FECHA EXPE: VIE11 OCT 19 17:39:18
284-08355627-129
786685-595829-344615-642260-45
CONSERVE ESTE TIQUETE. ES EL
UNICO RECIBO OFICIAL DE PAGO.EN
CASO DE RECLAMO LLAMAR A:
A SU OPERADOR.
AGT 23673 CLR 12285047
08141840-911193