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 – GESTION 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 1899 2019	**C.D.P. No.:**	188	**Proceso al que pertenece:**	PLAN DE SALUD PÚBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS-PSPIC
				Unidad a la que pertenece:	SALUD PÚBLICA-ESPACIO PÚBLICO

Nombre del Contratista: SOLANGIE VASQUEZ BECERRA **C.C.** 1.012.418.379 **de:** BOGOTÁ

Fecha Inicio: 2019-02-01 **Fecha Terminación incial:** 2019-03-03 **Valor Mensual:** $ 1.599.290 **Valor a cobrar:** $ 1.599.290

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 1.550.000	536	2019-03-04	2019-04-03
2	$ 4.642.870	738	2019-04-04	2019-08-03
3	$ 1.599.030	1611	2019-08-04	2019-09-03
4	$ 3.209.580	1901	2019-09-03	2019-10-15
5	$ 2.138.232	2561	2019-10-16	2019-11-20
6	$ 2.822.936	2988	2019-11-21	2020-01-03
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	FEBRERO	$ 1.550.000	$ 256.300	32869606
2	MARZO	$ 1.550.000	$ 256.300	33473340
3	ABRIL	$ 1.599.030	$ 256.300	8334080671
4	MAYO	$ 1.599.290	$ 256.300	8334727680
5	JUNIO	$ 1.599.290	$ 256.300	8335369549
6	JULIO	$ 1.599.290	$ 256.300	8335942636
7	AGOSTO	$ 1.599.290	$ 256.300	8336605635
8	SEPTIEMBRE	$ 1.599.290	$ 256.300	8337244620
9	OCTUBRE	$ 1.564.560	$ 256.300	8337874138
10	NOVIEMBRE	$ 1.599.290	$ 256.300	8337994749
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
	$ 1.705.000	$ 17.667.648	$ 15.859.330	$ 1.808.318

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO EN ARTES 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:** 2019-11-01 **Hasta:** 2019-11-30

	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 ESE.	Acciones requeridas para los productos, acción integrada 1 y demás solicitadas. Se realizó 33 jornadas itinerantes en las localidades de ANTONIO NARIÑO, SAN CRISTOBAL, RAFAEL URIBE URIBE, SANTA FE, CANDELARIA, MARTIRES además de la jornada distritales, todas estas referentes a la tematica de IRA, CUIDATE; Se participó en 2 asistencias técnicas para conocer y retroalimentar la tematica del mes de NOVIEMBRE
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.	Elaboración y entrega de soportes requeridos para el presente mes.
3	Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.	Presentación del cronograma de actividades del mes.
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 habilitación y acreditación de servicios de salud.	Se da apoyo a las jornadas de IRA, CUIDATE
5	Realizar lasvisitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacios de vida o componente transversal.Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.	Se realizan las acciones dispuestas para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE: Realizando 34 acciones itinerantes y apoyo a barrios priorizados

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

Solangie. V
Firma del Contratista

C.C. 1.012.418.379 **de** BOGOTÁ

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	ADRIANA HIGUERA GARCIA
CARGO:	LÍDER ESPACIO PÚBLICO
FIRMA	Adriana Higuera

REVISADO

Señor(es): SOLANGI VASQUEZ BECERRA
Nit: CC 1012418379
Dirección: CRA 80N # 70A - 18 SUR
Teléfono: 3173773709 **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	SOLANGI VASQUEZ BECEI
Tipo y número de identificación	1012418379
Número de radicación planilla	8337994749
Fecha de pago	11/15/2019
Número de autorización de pago	37994749
Banco	1052
Valor Corrección	$0

Número de empleados	1
Periodo cotización salud	Octubre 2019
Periodo cotización pensión	Octubre 2019
Periodo cotización caja	Octubre 2019
Número de administradoras	3
Total Pagado	$256.300
Total interes mora	$0

CODIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NUMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	$20.200	1
230301	Porvenir	$132.500	1
EPS008	Compensar EPS	$103.600	1

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

Evalua tu experiencia en
www.encuestaexito.com

14/NOV/2019 15:29 0558 7 0221 1095

EXITO PLAZA BOLIVAR.
PARA SERVIRTE

177375 PILA COMPENSAR 256.300
Factura: 8337994749
**** SUBTOTAL/TOTAL >>>> $ 256.300
EFECTIVO 300.000

FACTURAS APROBADAS
Fac.8337994749 Aprb:018375 BANCO:0052
CAMBIO 43.700

DISCRIMINACION TARIFAS IVA

TARIFA	COMPRA	BASE/IMP.	IVA
=00%	256300	256300	0
TOTAL=	256300	256300	0

TIQUETE :558 0071655369
RES.DIAN# 18762013244444 DE04/MAR/2019
RANG.AUT.558 0071611338 al 0079999999
TOTAL ARTICULOS COMPRADOS = 1
Almacenes Exito S.A. NIT 890.900.608-9
AUTORRETENEDOR RES.8825 DE 16/NOV/2016
PARA TUS RECLAMOS LLAMA AL 7455444

14/NOV/2019 15:31 0558 07 0222 1095

558- AWJE8

*** CLIENTE ***
PAGO APLICADO EN MM/DD: 11/15
VALOR IVA: $ 0
VALOR COMISION: $ 0
VALOR PLANILLA: $ 256.300
FECHA PLANILLA: 2019/10
CONSERVE ESTA TIRILLA COMO SOPORTE.
01 8000518000
Para reclamos comuníquese al:
servicios financieros por su cuenta.
prestados por el CB. El CB no puede prestar
BANCO AV VILLAS es responsable por los servicios

RECAUDO $ 256.300
TRANSACCION EXITOSA
** PAGO FACTURA **
FACTURA: 00000000000000083379947 49
SERVICIO: 1138
RECAUDO APRO: 018375
RECIBO: 034781 REF: 042866
ID CAJERO: 00530510 95
C.BANC: 0052
C.UNICO: 00111749 01 TER: 74901001
BANCO AV VILLAS
CORRESPONSAL
CRA 7 11-30
EXITO PLAZA BOLIVAR
NOV 14 2019 15:31:42 REMOTE 8.42