## 1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. CONTRATO - OPS:** | PS 4613 2020 | **C.D.P. No.:** | 1656 | **Proceso al que pertenece:** | PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC |
| | | | | **Unidad a la que pertenece:** | SALUD PUBLICA - ESPACIO VIVIENDA |

**Nombre del Contratista:** LINA FERNANDA REINALES TRIANA **C.C.** 1.022.379.824 **de:** BOGOTA

**Fecha Inicio:** 2020-06-26 **Fecha Terminación incial:** 2020-08-31 **Valor Mensual:** $ 3.570.149 **Valor a cobrar:** $ 3.570.149

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | $ 6.700.000 | 2710 | 2020-09-01 | 2020-10-31 |
| 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 | JUNIO | $ 595.025 | | |
| 2 | JULIO | $ 3.570.149 | $ 271.700 | 8608229234 8608327260 |
| 3 | AGOSTO | $ 3.570.149 | $ 441.900 | 8608622778 |
| 4 | SEPTIEMBRE | $ 3.570.149 | $ 441.900 | 8609086909 |
| 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 |
|---|---|---|---|
| $ 8.568.364 | $ 15.268.364 | $ 11.305.472 | $ 3.962.892 |

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

**OBJETO DEL CONTRATO**

Prestar servicios profesionales en enfermeria desarrollando actividades en el plan de salud publica de intervenciones colectivas de la sub red intregrada servicios de salud centro oriente E.S.E

**Relación de actividades para el peric** **Desde:** 2020-09-01 **Hasta:** 2020-09-30

| | OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta) | DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 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 a los lineamientos establecidos de la secretaria de salud y cumplir con los direccionamientos respectivos desde el supervisor del contrato. | Cronograma de actividades preauditoria. |
| 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. | Se realiza registro de caractrizaciones para el abordaje de zonas de severidad y formato de cronicos OMS. | Registro de caracterizaciones y formato de cronicos entregados . |
| 3 | 3,presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar contenidos en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato | Cronograma de actividades. | Cronograma drive |
| 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 estandares de habitacion y acreditacion de servicios de salud | Apoyo a otras actividades que sean asignadas. | Drive reporte diario zonas de severidad. |
| 5 | 5,realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal | Se realiza entraga de mapas por geografo o lider por binas en respectivas localidades. | Entrega de meta establecida por 14 caracterizaciones diarias por binas. |

**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

Lina Fernanda Reinales Triana

**C.C.** 1.022.379.824 **de** BOGOTA

| FIRMA DEL LIDER O PROFESIONAL QUE VERIFICA LAS ACTIVIDADES | |
|---|---|
| **NOMBRE:** | ANGELICA MORENO CC 39579680 |
| **CARGO:** | LIDER OPERATIVO - GESTION DEL RIESGO |
| **FIRMA** | |
| **VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS** | |
| **NOMBRE:** | LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS CC 52933672 |
| **CARGO:** | REFERENTE ESPACIO VIVIENDA |
| **FIRMA** | |

ASOPAGOS s.a.

| | |
|---|---|
| RAZON SOCIAL : | LINA FERNANDA REINALES TRIANA |
| IDENTIFICACION: | CC-1022379824 |
| COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | |
| FECHA GENERACION REPORTE: | 2020-09-09 |
| FECHA LIMITE DE PAGO: | 2020-09-07 |
| FECHA DE PAGO: | 2020-09-08 |
| ENTIDAD DE PAGO: | BANCO DE OCCIDENTE |
| PERIODO PENSION: | 2020-08 |
| PERIODO SALUD: | 2020-08 |
| NUMERO PLANILLA: | 8609086909 |
| TOTAL COTIZANTES: | 1 |
| REFERENCIA DE PAGO (PIN): | 8607809892 |
| TIPO DE PLANILLA: | I |

| CODIGO ENTIDAD | NIT | NOMBRE | NUMERO AFILIADOS | IBC | FONDO SOLIDARIDAD | FONDO SUBSISTENCIA | TOTAL INTERESES | VALOR PAGAR SIN INTERESES | VALOR PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS037 | 900156264 | NUEVA E.P.S. S.A. | 1 | $ 1.428.060 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 178.600 | $ 178.600 |
| 25-14 | 900336004 | COLPENSIONES | 1 | $ 1.428.060 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 228.500 | $ 228.500 |
| 14-11 | 890903790 | ARL SURA | 1 | $ 1.428.060 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 34.800 | $ 34.800 |
| | | | | Total a pagar | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 441.900 | $ 441.900 |

| | |
|---|---|
| FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES: | 07/10/2020 |



# PAGO DE FACTURAS

PIEA BP

NUM APROBACION:15563316
NUM REFERENCIA:000000860780989 2
NUM IDENTIFICACION:1022379824
PERIODO: 2020-08
FECHA EFECTIVA:2020-09-08
VALOR: 441.900
MAR 8 SEP 20 15:15:19
252-07571385-145
783565-159989-144622-880260-42
CONSERVE ESTE TIQUETE. ES EL UNICO RECIBO OFICIAL DE PAGO EN CASO DE RECLAMO LLAMAR A: A SU OPERADOR
AGT 10141 CLR 1030543710
07166036-732315