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 1849 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 - ESPACIO PÚBLICO |
| Nombre del Contratista: | LEIDY DANIELA TIBAQUIRA ESPINOSA | | | C.C. | 1.018.432.544 de: BOGOTA |
| Fecha Inicio: | 2019-02-01 | Fecha Terminación incial: | 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 | | | | |
| 21 | | | | |
| 22 | | | | |

| Nº CTA | MES DE CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR | VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL | NÚMERO DE PLANILLA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | FEBRERO | $ 3.000.000 | $ 371.300 | 1017895357 |
| 2 | MARZO | $ 3.000.000 | $ 371.300 | 1018941686 |
| 3 | ABRIL | $ 3.095.400 | $ 371.300 | 1019609882 |
| 4 | MAYO | $ 3.095.400 | $ 383.200 | 1020899630 |
| 5 | JUNIO | $ 3.095.400 | $ 383.200 | 1020952390 |
| 6 | JULIO | $ 3.095.400 | $ 383.200 | 1021592369 |
| 7 | AGOSTO | $ 3.095.400 | $ 383.200 | 1022357998 |
| 8 | SEPTIEMBRE | $ 3.095.400 | $ 383.200 | 1023009330 |
| 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 |
|---|---|---|---|
| $ 3.300.000 | $ 24.583.336 | $ 24.572.400 | $ 10.936 |

## 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 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

**Relación de actividades para el period** **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 | 1. Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE. | Se realizan las acciones dispuestas para el desarrollo de las actividades en el marco del convenio suscrito entre en FFD y la ESE |
| 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 presta la informacion y soportes solicitados con el fin de corroborar las actividades conta actuales |
| 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. | Se apoyan las diferentes acciones inherentes al objeto del contrato en pro del mejoramiento y calidad del servicio, se presenta el cronograma del mes |
| 4 | 4. Apoyar actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de la calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estandares de habilitacion y acreditación de los servicios de salud. | Realizar verificación de aplicativo y asistencia tecnica en el espacio y SDS. |
| 5 | 5. Realizar visitas de campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal | Realizar tamizajes a los usuarios que asisten a la estrategia Cuidate Se Feliz, según anexos operativos dados por los lineamientos de la SDS. |
| 6 | 6. Diligenciar de manera completa, adecuada, ordenada y legible todos los formatos requeridos en las diferentes intervenciones de acuerdo a los anexos operativosde cada espacio de vida o componente transversal. | Entrega oportuna, completa y ordenada de formatos requeridos según acción integrada 1. |

**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

Daniela Tibaquira
**Firma del Contratista**

**C.C.** 1.018.432.544 **de** BOGOTA

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS | |
|---|---|
| NOMBRE: | ADRIANA HIGUERA |
| CARGO: | Lider Espacio Público |
| FIRMA | Adriana Higuera |

Simple

## Información de la Planilla Pagada

| | |
|---|---|
| **Nit de comercio Operador de Información** | 900097333-9 |
| **Razón Social del Operador de Información** | SIMPLE S.A. |
| **Descripción** | Pago de Seguridad Social |
| **Fecha** | 2019-09-09, 03:16:00 PM |
| **Periodo de Cotización Otros Riesgos** | agosto de 2019 |
| **Periodo de Cotización Para Salud** | agosto de 2019 |
| **Empresa** | LEIDY DANIELA TIBAQUIRA ESPINOSA |
| **CEDULA CIUDADANIA** | CC 1018432544 |
| **Código Sucursal (Nombre)** | ( ) |
| **Referencia de Pago/ Número Planilla** | 8813529030 / 1023009330 |
| **Tipo de Planilla** | I |
| **Número Transacción Bancaria/ CUS** | 13529030 |
| **Banco** | (1052) - BANCO AV VILLAS |
| **Valor** | $ 390.700 |
| **Estado de la Transacción** | Aprobada |
| **Dirección IP de Origen** | 10.0.19.58 |

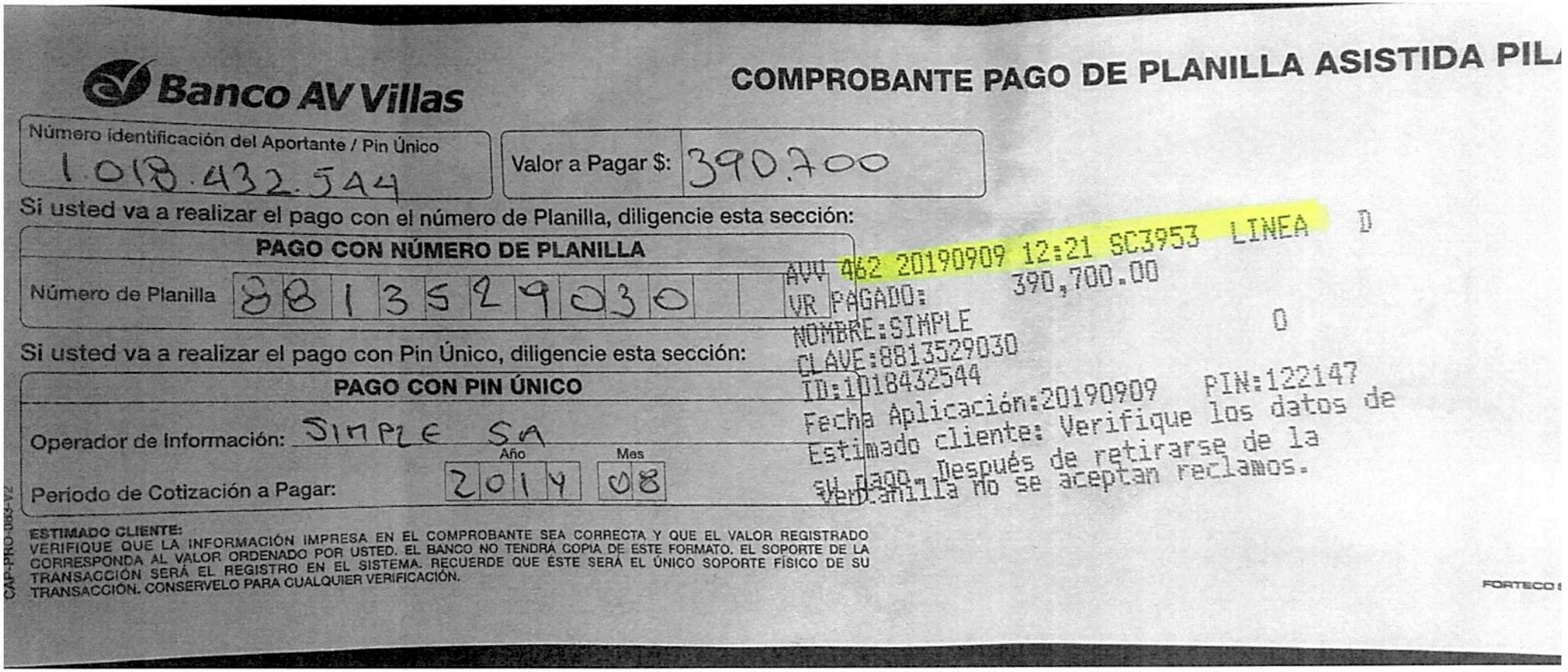
| Nit | Código | Administradora | Número Afiliados | Valor sin Mora | Total Intéreses Mora |
|---|---|---|---|---|---|
| N900336004 | 25-14 | COLPENSIONES | 1 | $ 198.200 | $ 0 |
| N800251440 | EPS005 | ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A. | 1 | $ 154.800 | $ 0 |
| N860002503 | 14-7 | CIA. DE SEGUROS BOLIVAR S.A. | 1 | $ 30.200 | $ 0 |
| N860066942 | CCF24 | CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR | 1 | $ 7.500 | $ 0 |
| | | **SubTotales:** | | $ 390.700 | $ 0 |
| | | **Total a Pagar:** | | | $ 390.700 |



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!

SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

¡El Poder de lo SIMPLE!



Banco AV Villas

COMPROBANTE PAGO DE PLANILLA ASISTIDA PIL

Número identificación del Aportante / Pin Único: 1.018.432.544

Valor a Pagar $: 390.700

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

**PAGO CON NÚMERO DE PLANILLA**

Número de Planilla: 8813529030

Si usted va a realizar el pago con Pin Único, diligencie esta sección:

**PAGO CON PIN ÚNICO**

Operador de Información: SIMPLE SA

Periodo de Cotización a Pagar: Año 2014 Mes 08

AVV 462 20190909 12:21 SC3953 LINEA D
VR PAGADO: 390,700.00
NOMBRE:SIMPLE 0
CLAVE:8813529030
ID:1018432544
Fecha Aplicación:20190909 PIN:122147
Estimado cliente: Verifique los datos de
su pago. Después de retirarse de la
ventanilla no se aceptan reclamos.

**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 ESTE SERÁ EL ÚNICO SOPORTE FÍSICO DE SU TRANSACCIÓN. CONSERVELO PARA CUALQUIER VERIFICACIÓN.

CAP-PRO-1053-V2

FORTECO