1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: PS 4188 - 2020 **C.D.P. No.:** 1273

Proceso al que pertenece: PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC

Unidad a la que pertenece: SALUD PUBLICA - ESPACIO PUBLICO

Nombre del Contratista: JOHN FRANKYN REYES BARRERA **C.C.** 79,973,732 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2020-05-20 **Fecha Terminación inicial:** 2020-06-03 **Valor Mensual:** $ 1,373,134 **Valor a cobrar:** $ 1,373,134

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 1,043,830	1499	2020-06-04	2020-06-30
2	$ 2,941,412	1657	2020-07-01	2020-08-31
3	$2,746,300	2710	2020-09-01	2020-10-31
4	$ 373,150	3416		
5	$ 925,373	3615	2020-11-01	2020-11-20
6	$ 828,358	3782	2020-11-21	2020-11-30
7	$ 686,500	3952	2020-12-01	2020-12-15
8	$ 2,059,701	4112	2020-12-16	2021-01-31
9	$ 1,373,134	218	2021-02-01	2021-02-28
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	MAYO	$ 450,852		
2	JUNIO	$ 121,124	$ 157,600	9407318648
3		$ 1,238,806		
4	JULIO	$ 1,373,134	$ 271,700	9407328328
5	AGOSTO	$ 1,373,134	$ 271,700	9408722114
6	SEPTIEMBRE	$ 1,373,134	$ 271,700	9409788169
7	OCTUBRE	$ 1,373,134	$ 271,700	9410876144
8	NOVIEMBRE	$ 1,373,134	$ 271,700	9411988867
9	EXTRAS	$ 373,134	$ 271,700	9411988867
10	DICIEMBRE	$ 1,373,134	$ 271,700	9413126952
11	ENERO	$ 1,373,134	$ 271,700	9414341336
12	EXTRAS	$ 373,134	$ 271,700	9414341336
13	FEBRERO	$ 1,373,134	$ 281,200	9415488889
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
$ 825,424	$ 13,803,182	$ 13,542,122	$ 261,060

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS COMO GESTOR COMUNITARIO DESARROLLANDO ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2021-02-01 **Hasta:** 2021-02-28

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUTO O EVIDENCIA
1	Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la E.S.E.	Se realiza planeacion y ejecucion de acciones en el marco de la estrategia acogida joven que incluye recorridos barriales, identificacion de poblacion objeto, convocatoria de la misma, 50 valoraciones ocupacionales a jovenes entre los 10 y 26 años de edad, 3 acciones colectivas para la prevencion del consumo de sustancias psicoactivas por grupo y las canalizaciones que hubo lugar.	Actas de actividades, fichas tecnicas de talleres, listados de asistencia acciones colectivas, formatos de valoracion
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.	Apropiacion de nuevos lineamientos, Participacion en asistencia tecnica por parte de secretaria de salud, participacion en reunion de equipo y asistencia tecnica de canalizaciones.	Acta de apropiacion de lineamientos, listados de asistencia virtuales y fisicos.
	Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.	Elaboracion y entrega de cronograma del mes ejecutado con ajustes y del mes siguiente proyectado	Formatos de cronograma diligenciados

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. 79,973,732 **de** BOGOTA

FIRMA DEL LIDER O PROFESION QUE VERIFICA LAS ACTIVIDADES	
NOMBRE:	CAROLINA SANCHEZ - 52969287
CARGO:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO LIDER ACOGIDA JOVENES
FIRMA	

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	luisa Fernanda Hernandez - 52713845
CARGO:	Referente Espacio Publico
FIRMA	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

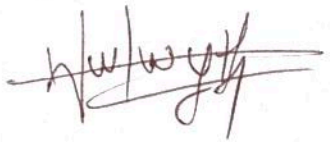
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 79973732		REYES BARRERA JOHN FRANKYN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 18 26 06 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7777777	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-01	2021-01	52104290	9415488889	I	2021/02/08	2021/02/03	BANCO DE OCCIDENTE	0	$281,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$145,400	$0	$0	$145,400
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$145,400	$0	$0	$145,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$22,200	$0	$0	$22,200
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$22,200	$0	$0	$22,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$113,600	$0	$0	$113,600
ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA)	EPS001	830,113,831	0	1	$113,600	$0	$0	$113,600
TOTAL				1	$281,200	$0	$0	$281,200



EMPRESA: EFECTIVO LTDA.
NIT 830.131.993-1
Calle 96 No. 12-55 Bogota

PAGO DE FACTURAS

1506 PLANILLA AS APORTES EN LINEA

CORRESPONSAL BANCO DE OCCIDENTE

REFERENCIA	9415488889
NUMERO DE APROBACION	104290
Fecha:	02/02/2021 16:49:38
DU:	266026
NUM. TRANSACCION	1029247166
Valor	$281.200,00

CORRESPONSAL BANCARIO PARA BANCO DE OCCIDENTE. LA IMPRESION DE ESTE TIQUETE IMPLICA SU ACEPTACION. VERIFIQUE LA INFORMACION, ESTE ES EL UNICO RECIBO OFICIAL DE PAGO. LINEA NACIONAL: 018000512025. ANTES DE RETIRARSE DEL PUNTO DE ATENCION VERIFIQUE REFERENCIA DE PAGO, CONVENIO, LA FECHA, HORA, TIPO Y MONTO DEL SOPORTE DE PAGO REALIZADO. SI NO ESTA DE ACUERDO CON LA INFORMACION AHI INCORPORADA O LA MISMA NO CORRESPONDE A LA INFORMACION DEL PAGO REALIZADO, INFORMELE DE MANERA INMEDIATA AL CAJERO LA CORRECCION REQUERIDA PARA HACER LAS CORRECCIONES A QUE HAYA LUGAR. DE LO CONTRARIO, NI EFECTY NI BANCO DE OCCIDENTE S.A. ASUMIRAN LA RESPONSABILIDAD SOBRE RECLAMOS POSTERIORES.

PS Recaudador: 907008 OLAYA CRA 19 II SUR

Cajero: ROMAORMO

Recibi Conforme:_____

C.C._____

John Reyes