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

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: $ 0234-2018 | O.P. No: 7 | Proceso al que pertenece: HOSPITALARIOS | Unidad a la que pertenece: UAS SAN BLAS

Nombre del Contratista: [redacted] PATIÑO | C.C.: 35.480.954 | de: BOGOTA

Fecha Inicio: [redacted]-2018 | Fecha Terminación Inicial: 2018-06-31 | Valor Mensual: $ 1.924.000 | Valor a cobrar: $ 1.154.040

ADICION/ OTRO SI	VALOR ADICION	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NUMERO DE PLANILLA
1	[redacted]	$ 1.154.040	$ 153.900	9435899
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 4.[redacted].000	$ 4.[redacted].000	$ 1.154.040	$ 3.007.960

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

OBJETO DEL CONTRATO

[redacted] PARA EL SUMINISTRO DE RACIONES PARA EL CUIDADO DE ENFERMERIA PARA LA ATENCION DE NECESIDADES NUTRICIONALES DE LOS USUARIOS QUE SE ENCUENTRAN HOSPITALIZADOS EN LAS DIFERENTES SERVICIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Relacionar las actividades ejecutadas durante el periodo: Desde: 2018-01-03 Hasta: 2018-01-31

	GENERALIDADES (Actividades realizadas)	DESCRIPCION DE LAS ACTIVIDADES CONTRATADAS (DE ACUERDO A LOS ESTUDIOS PREVIOS, OBLIGACIONES DEL CONTRATO Y/O PROPUESTA)
1	[redacted]	1) Asegurar la entrega de raciones en el horario establecido.
2	[redacted]	2) Asegurar la entrega de raciones en las unidades básicas.
3	[redacted]	3) Cumplir con los aspectos técnicos establecidos en la ficha técnica del producto, según lo establecido en el Estudio Previo.
4	[redacted]	4) Informar a la supervisión del contrato sobre las novedades presentadas en el desarrollo del objeto contractual.
5	[redacted]	5) Mantener en reserva la información que llegare a conocer en desarrollo del objeto contractual.
6	[redacted]	6) Asegurar la entrega adecuada de raciones a pacientes con dietas especiales.
7	[redacted]	7) Realizar el pago oportuno de los aportes al sistema de seguridad social integral.
8	[redacted]	8) Asegurar la gestión administrativa para el ingreso y salida del paciente.
9	[redacted]	9) Asegurar el cumplimiento de las normas del sistema de Garantía de la Calidad según corresponda a la actividad.
10	[redacted]	10) Responder por los accesorios utilizados para el consumo de los alimentos.
11	[redacted]	11) Radicar en la oficina de facturación, dentro de los primeros cinco (5) días hábiles de cada mes, la factura y los soportes.
12	[redacted]	12) Suministrar a los usuarios de acuerdo a las prescripciones médicas y/o nutricionales.
13	[redacted]	13) Cumplir con las normas establecidas por la Entidad, referentes a protección y seguridad industrial.
14	[redacted]	14) Asegurar el diligenciamiento de los formatos establecidos para el control de las raciones.
15	[redacted]	15) Asegurar el cumplimiento de las obligaciones contractuales.

Observaciones:

[redacted]

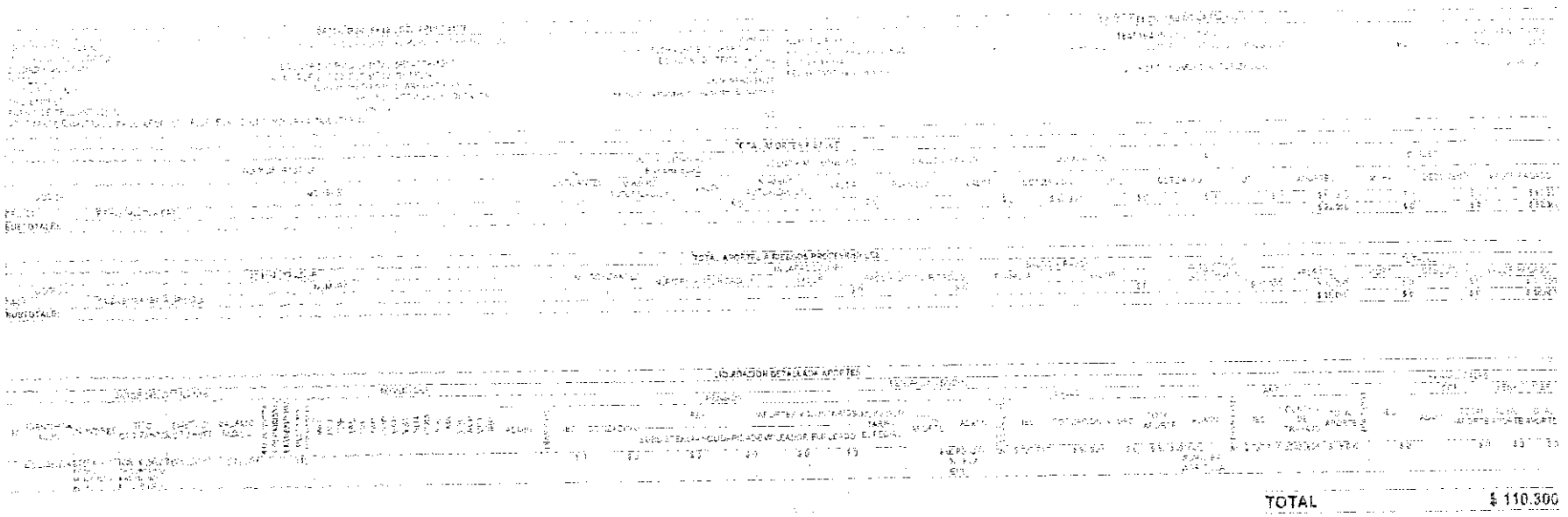
Firma del contratista

C.C. [redacted] de BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS

NOMBRE:	CAROLINA TRUJILLO HERNANDEZ
CARGO:	ENFERMERA

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACION APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL



TOTAL $ 110.300

Banco de Bogotá

NIT. 860.002.964-4

Comprobante de Recaudos

ESPACIO PARA EL TIMBRE

Esta transacción está sujeta a verificación posterior. El (los) cheques(s) depositado(s) se reciben "Salvo buen cobro" de manera que la operación solo se entiende efectiva si el (los) cheque(s) es (son) pagado(s) por el (los) banco(s) librados. En caso de que el (los) cheque(s) sea (sean) devuelto(s) sin pago, esta operación se reversará y el (los) título(s) se entregará(n) por parte del Banco al titular de la cuenta en la que se deposita (ron). En consecuencia, el comprobante de pago que se entrega al depositario timbrado por el Banco, no implica constancia de pago respecto a las sumas no consignadas en efectivo.

El pago con tarjeta Débito/Crédito aplica únicamente para convenios de empresas autorizadas. En caso de inconvenientes comuníquese con la entidad emisora de su tarjeta.

PLANILLA No.
Identificación
VALOR PLANILLA $

Valor $ 170300

Verifique que la información impresa en este formato sea correcta

21303332 (CRE_FOR_005 V1 25/10/2016)

Colpensiones

NOTIFICACIÓN DE RESOLUCIÓN QUE RESUELVE UNA SOLICITUD DE PRESTACIÓN ECONOMICA

COLPENSIONES

VICEPRESIDENCIA SERVICIO AL CIUDADANO

Tramite de Notificacion [illegible]

PUNTO COLPENSIONES: [illegible]

SUBTRAMITE(S) DE RENOCONOCIMIENTO: [illegible]

OTROS SUBTRÁMITES:

TIPO DOCUMENTO CAUSANTE: CC

NÚMERO DOCUMENTO CAUSANTE: [illegible]

NOMBRE CAUSANTE: MARIA FLOR ALBA [illegible]

En BOGOTA - BOGOTA D.C. el 28 de [illegible]

Se presentó MARIA [illegible] ESCOBAR PATIÑO [illegible] con el fin de notificarse de la resolución Nº GNR [illegible] de [illegible] de 2016, mediante la cual [illegible]

[illegible] los cuales deben ser interpuestos [illegible] de conformidad con el artículo 76 de la Ley 1437 de [illegible] se suscribe por [illegible]

[illegible] régimen de prima media [illegible] NO APLICA [illegible] recibido pago a [illegible] por este concepto [illegible] tipificado en el artículo 453 del código penal. Así mismo declaro bajo gravedad de juramento [illegible] tipificada en el artículo 442 del código penal Colombiano modificado por el artículo [illegible] actuación administrativa, bajo la gravedad de juramento [illegible] de cuatro a ocho años [illegible] Constitución Política Colombiana [illegible] Decreto 2150 de 1995.

OBSERVACIONES: [illegible]

[illegible]
NOMBRE NOTIFICADO
MARIA [illegible] ESCOBAR [illegible]

[illegible]