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:	5595 2018	**C.D.P. No.:**	3153	**Proceso al que pertenece:**	PARTICIPACION CIUDADANA Y SERVICIO AL CIUDADANO
				Unidad a la que pertenece:	USS RAFAEL URIBE URIBE (PROGRAMA RUTA DE LA SALUD)
Nombre del Contratista:	Johanna Marcela Real Arismendy			**C.C.**	52.890.647 **de:** Bogota D.C
Fecha Inicio:	2018-09-25	**Fecha Terminación incial:**	2018-10-24	**Valor Mensual:**	$ 1.410.000 **Valor a,cobrar:** $ 282.000

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

N° CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	SEPT- 2018	$ 282.000	$ 223.400	8329437972
2				
3				
4				
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
$ 1.410.000	$ 1.410.000	$ 282.000	$ 1.128.000

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

OBJETO DEL CONTRATO

Prestar sus servicios de apoyo de manera personal y autónoma, en su condición de auxiliar de enfermería, para el desarrollo de actividades del programa ruta de la salud, en el proceso de participación comunitaria y servicio al ciudadano de la subred integrada de servicios de salud centro oriente E.S.E.

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2018-09-25 **Hasta:** 2018-09-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	Realizar proceso de sensibilización, orientación, registro y aplicación de encuestas, durante los traslados a las diferentes USS de la Subred de acuerdo a las indicaciones y compromisos establecidos con la coordinación del programa.	Se realiza entrega de los formatos de registro de sensibilización y encuestas, utilizados para tal fin y entregados como material de produuctividad por parte de la jefatura
2	Confirmar los datos y documentación de los usuarios antes de realizar el traslado de una Unidad de Servicios de Salud a otra, verificando si cumplen con los criterios de uso del programa registrando y consolidando diariamente el informe en las planillas de traslados.	Se desarrolla confirmación de datos y documentos a los usuarios que acceden al servicio ruta saludable, cada vez que se realiza un traslado de USS a USS.
3	Recoger a los usuarios en las unidades de servicios de salud de la subred y lugares asignados, apoyando en el ascenso y descenso del vehículo a los usuarios con limitación de movilidad física mediante ayudas técnicas (ramplas).	Se maneja e implementa el manual de Ruta de la Salud, dando cumplimiento a la operación y funcionamiento del mismo.
4	Cumplir con los planes, digitación y demás actividades acorde al procedimiento Ruta de la Salud, desde las diferentes USS de la Subred.	Se digitaron las planillas correspondientes para la consolidación de indicadores mensuales.
5	Atender a la población beneficiaria que hace uso del servicio ruta de la salud, en caso de presentarse alguna anomalía que requiera atención de primer respondiente en su condición de auxiliar de enfermería.	Se esta en completa disposición, alerta y atención a la población que utiliza el servicio de ruta, en el caso de presentarse alguna anomalía que requiera atención de primer respondiente en mi condición de auxiliar de enfermería.
6	Asistir a reuniones programadas con la jefatura de la oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano, coordinación del programa de la Ruta de la Salud de la Subred Centro Oriente, y demás a las que sean citadas.	Se cumple con la asistencia según programación e información brindada por la jefatura.
7	Reportar novedades a la coordinación sobre situaciones que se presenten en las USS o durante los traslados a los centros de salud, de igual modo informar con antelación no inferior a 15 días la solicitud de terminación o suspensión del contrato.	Se informa con antelación cualquier novedad presentada en las USS o duarante los traslados.
8	Vestir adecuadamente la dotación suministrada y portar el carnet institucional, así mismo responder y hacer uso racional del equipo de comunicación (celular corporativo).	Cumplimiento permanente.
9	Desarrollar las actividades para el fortalecimiento de la organización y operación de la ruta de la salud, entre redes integradas de servicios de salud en el marco del convenio interadministrativo Ruta de la Salud entre el FFDS y la Subred integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	Se da cumplimiento a la operación del Programa Ruta Saludable fortaleciendo la organización entre redes integradas de servicios de salud.
10	Las demás que designe el supervisor del contrato.	Reporte o asignación por la jefatura.

compensar | miplanilla.com

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): JOHANA MARCELA REAL ARISMENDY
No. Identificación: CC52890647
Dirección: TV 70 C SUR 68 -33 TO 9 AP 503
Telefono: 4593889
Correo: JOHIS0726@HOTMAIL.COM
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8329437972

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	JOHANA MARCELA REAL ARISMENDY	**Número de Empleados**	1
Tipo y número de identificación	CC52890647	**Periodo de Cotización Salud**	agosto de 2018
Número de planilla	8329437972	**Periodo de Cotización Pensión**	agosto de 2018
Fecha pago	2018-08-17	**Número de Administradoras**	2
Número de autorización pago	29437972	**Total Pagado**	223400
Banco	1052	**Total Intereses de Mora**	700

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
230301	Porvenir	125400	1
EPS008	Compensar EPS	98000	1

8329437972

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 52890647
APELLIDOS Y NOMBRES: JOHANA MARCELA REAL ARISMENDY

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	230301	781242	781242	0	0	97700	0	125000	0	0	0

55

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:	5595 2018	**C.D.P. No.:**	3153	**Proceso al que pertenece:**	PARTICIPACION CIUDADANA Y SERVICIO AL CIUDADANO
				Unidad a la que pertenece:	USS RAFAEL URIBE URIBE (PROGRAMA RUTA DE LA SALUD)

Nombre del Contratista: JOHANNA MARCELA REAL ARISMENDY **C.C.** 52.890.647 **de:** BOGOTA D.C

Fecha Inicio: 2018-09-25 **Fecha Terminación Inicial:** 2018-10-24 **Valor Mensual:** $ 1.410.000 **Valor a cobrar:** $ 1.128.000

1

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1				
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	SEPTIEMBRE - 2018	$ 282.000	$ 223.400	8329437972
2	OCTUBRE - 2018	$ 1.128.000	$ 44.900	8330214766
3				
4				
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
$ 1.410.000	$ 1.410.000	$ 1.410.000	$ 0

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

OBJETO DEL CONTRATO

Prestar sus servicios de apoyo de manera personal y autónoma, en su condición de auxiliar de enfermería, para el desarrollo de actividades del programa ruta de la salud, en el proceso de participación comunitaria y servicio al ciudadano de la subred integrada de servicios de salud centro oriente E.S.E.

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2018-10-01 **Hasta:** 2018-10-24

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	Realizar proceso de sensibilización, orientación, registro y aplicación de encuestas, durante los traslados a las diferentes USS de la Subred de acuerdo a las indicaciones y compromisos establecidos con la coordinación del programa.	Se realiza entrega de los formatos de registro de sensibilización y encuestas, utilizados para tal fin y entregados como material de productividad por parte de la jefatura
2	Confirmar los datos y documentación de los usuarios antes de realizar el traslado de una Unidad de Servicios de Salud a otra, verificando si cumplen con los criterios de uso del programa registrando y consolidando diariamente el informe en las planillas de traslados.	Se desarrolla confirmación de datos y documentos a los usuarios que acceden al servicio ruta saludable, cada vez que se realiza un traslado de USS a USS.
3	Recoger a los usuarios en las unidades de servicios de salud de la subred y lugares asignados, apoyando en el ascenso y descenso del vehículo a los usuarios con limitación de movilidad física mediante ayudas técnicas (rampas).	Se maneja e implementa el manual de Ruta de la Salud, dando cumplimiento a la operación y funcionamiento del mismo.
4	Cumplir con los planes, digitación y demás actividades acorde al procedimiento Ruta de la Salud, desde las diferentes USS de la Subred.	Se digitaron las planillas correspondientes para la consolidación de indicadores mensuales.
5	Atender a la población beneficiaria que hace uso del servicio ruta de la salud, en caso de presentarse alguna anomalía que requiera atención de primer respondiente en su condición de auxiliar de enfermería.	Se esta en completa disposición, alerta y atención a la población que utiliza el servicio de ruta, en el caso de presentarse alguna anomalía que requiera atención de primer respondiente en mi condición de auxiliar de enfermería.
6	Asistir a reuniones programadas con la jefatura de la oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano, coordinación del programa de la Ruta de la Salnd de la Subred Centro Oriente, y demás a las que sean citadas.	Se cumple con la asistencia según programación e información brindada por la jefatura.
7	Reportar novedades a la coordinación sobre situaciones que se presenten en las USS o durante los traslados a los centros de salud, de igual modo informar con antelación no inferior a 15 días la solicitud de terminación o suspensión del contrato.	Se informa con antelación cualquier novedad presentada en las USS o duarante los traslados.
8	Vestir adecuadamente la dotación suministrada y portar el carnet institucional, así mismo responder y hacer uso racional del equipo de comunicación (celular corporativo).	Cumplimiento permanente.
9	Desarrollar las actividades para el fortalecimiento de la organización y operación de la ruta de la salud, entre redes integradas de servicios de salud en el marco del convenio interadministrativo Ruta de la Salud entre el FFDS y la Subred integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	Se da cumplimiento a la operación del Programa Ruta Saludable fortaleciendo la organización entre redes integradas de servicios de salud.
10	Las demás que designe el supervisor del contrato.	Reporte o asignación por la jefatura.

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

Johanna Real
Firma del Contratista

C.C. 52.890.647 de BOGOTA D.C

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	Dra. Marcela Castellanos Cabrera
CARGO:	Jefe de Oficina de Participacion Ciudadana y Servicio al Ciudadano
FIRMA	

compensar | miplanilla.com

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): JOHANA MARCELA REAL ARISMENDY
No. Identificación: CC52890647
Dirección: TV 70 C SUR 68 -33 TO 9 AP 503
Telefono: 4593889
Correo: JOHIS0726@HOTMAIL.COM
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8330214766

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	JOHANA MARCELA REAL ARISMENDY
Tipo y número de identificación	CC52890647
Número de planilla	8330214766
Fecha pago	2018-10-16
Número de autorización pago	30214766
Banco	1052

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	septiembre de 2018
Periodo de Cotización Pensión	septiembre de 2018
Número de Administradoras	2
Total Pagado	44900
Total Intereses de Mora	300

PAGADA
8330214766

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
230301	Porvenir	25200	1
EPS008	Compensar EPS	19700	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 52890647
APELLIDOS Y NOMBRES: JOHANA MARCELA REAL ARISMENDY

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	230301	156249	156249	0	0	19600	0	25000	0	0	0