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 1006 2020	C.D.P. No.:	4	Proceso al que pertenece:	PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO
				Unidad a la que pertenece:	CONVENIO 828 PROGRAMA RUTA DE LA SALUD - UMHES SANTA CLARA

Nombre del Contratista:	MARTHA VANESSA ARGEL PEREZ	C.C.	50.641.643	de:	TIERRALTA CORDOBA		
Fecha Inicio:	2020-01-03	Fecha Terminación inicial:	2020-02-07	Valor Mensual:	$ 1.455.000	Valor a cobrar:	$ 1.455.000

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 3.734.500	312	2020-02-08	2020-04-24
2	$ 4.365.000	1119	2020-04-25	2020-07-24
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	ENERO- 20	$ 1.164.000	$ 258.300	8339641253
2	FEBRERO-20	$ 1.455.000	$ 274.200	8340665402
3	MARZO-20	$ 1.455.000	$ 273.300	8340902670
4	ABRIL-20	$ 1.455.000	$ 271.700	8341584065
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				

Resumen de contrato	VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
	##########	$ 9.554.500	$ 5.529.000	$ 4.025.500

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 ATENCIÓN AL USUARIO, 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: 2020-04-01 Hasta: 2020-04-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las asignadas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	Realizar proceso de sensibilización, registro y aplicación de encuestas a los usuarios desde 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	Apoyar el agentamiento de citas solicitadas en atención a las solicitudes de los usuarios que utilizan el servicio de ruta de la salud desde las USS de la Subred y entregar al coordinador del programa registro de las acciones realizadas diariamente.	Se desarrolla agendamiento de citas a los usuarios que utilizan el servicios de ruta saludable, dejando como anotación en la parte de observaciones que fue asignada por la ruta de la salud.
3	Cumplir con los procedimientos, digitación y demás acciones desarrolladas desde las USS, acorde al procedimiento Ruta de la Salud y atención brindada a los usuarios en los centros de atención de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	Se digitaron las planillas correspondientes para la consolidación de indicadores mensuales.
4	Organizar, orientar y registrar en los aplicativos requeridos por la dependencia, información suministrada y recolectada de acuerdo a la atención brindada a los usuarios frente a la prestación de servicios de salud en las USS de la Subred, teniendo en cuenta los criterios de oportunidad, calidad y congruencia.	Se desarrollo registro de las planillas diligenciadas desde las USS en los aplicativos correspondientes para el ingreso de información recolectada.
5	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.
6	Reportar novedades a la coordinación sobre situaciones que se presenten en las USS que componen la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E, y 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 a la cual me encuentro asignado.
7	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.
8	Participar en las jornadas, eventos y escenarios colectivos en los que participe el programa el Ruta de la Salid en atención a las necesidades del servicio y de los usuarios.	Se cumple con la asistencia según programación e información brindada por la jefatura.
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

Vanessa Argel
Firma del Contratista

C.C. 50.641.643 de TIERRALTA CORDOBA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	Dra. MARCELA CASTELLANOS.
CARGO:	Jefe de Oficina de Participacion Comunitaria y Servicio al Ciudadano
FIRMA	

compensar | miplanilla.com

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

Señor(a):	MARTHA VANESSA ARGEL PEREZ
No. Identificación:	CC50641643
Dirección:	CLL 163 A 7D 47
Telefono:	2091480
Correo:	argelvanessa2103@gmail.com
Ciudad:	BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla:	8341584065

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

ornbig Apo Aportante n
po y número de identificación
Número de planilla
_echa pago ɔago
áúmero da autorización pago
Banco

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	21400	1
230301	Porvenir	140500	1
EPS005	Sanitas EPS	109800	1

83158406

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 50641643
APELLIDOS Y NOMBRES: MARTHA VANESSA ARGEL PEREZ

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
EPS005	230301	877803	877803	877803	0	109800	0	140500	0	21400	0