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: 02
FECHA: 2020-05-04

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 6451 2020	C.D.P. No.:	3038	Proceso al que pertenece:	PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC
				Unidad a la que pertenece:	SALUD PUBLICA -
Nombre del Contratista:	ROSA ALICIA JIMENEZ RODRIGUEZ			C.C. 1.024.533.954	de: BOGOTÁ D.C
Fecha Inicio:	2020-10-16	Fecha Terminación inicial:	2020-10-31	Valor Mensual: $ 2.197.015	Valor a cobrar: $ 1.098.480

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	OCTUBRE	$ 1.098.480	$ 0	anexo certificados
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 1.607.056	$ 1.607.056	$ 1.098.480	$ 508.576

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS DE APOYO DE ACUERDO A SU PERFIL ACADÉMICO, PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DE SALUD PÚBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E., CON DISPONIBILIDAD EN CUMPLIMIENTO DE LA MISIÓN Y VISIÓN DE LA MISMA.

Relacion de actividades para el periodo: Desde: 2020-10-16 Hasta: 2020-10-31

	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 ESE	apoyo a transmmisible	Oficina, de epidemiologia@subredcentrooriente.gov.co, comprobador de derechos , PAI ,Adres
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.	solicitod de historias clinicas , ficha de noticacion	Oficina, de epidemiologia@subredcentrooriente.gov.co, comprobador de derechos , PAI ,Adres
3	Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.	presentar cronograma de actividades del mes de octubre 2020	producto en fisico.
4	Apoyar la prestacion de servicio en el pic , prestando y/o soportes que soliciten y que correspodan al objeto y/o actividades contractuales y de acuerdo alos anexos y lineamientos contenidos financier	solicitud de datos del contacto de usuario , verificacion de correo de epidemiologia paravrespuesta de solicitudes y requerimientos de los precesos	Oficina, de epidemiologia@subredcentrooriente.gov.co, comprobador de derechos , PAI ,Adres
5	Realizar las vicitas en capo de acuerdo alos anexos operativos de cada espacio de vida o componente trasnversal .contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato	apoyo procesos de vsp y sivigila	Oficina, de epidemiologia@subredcentrooriente.gov.co, comprobador de derechos , PAI ,Adres
6			
7			
8			
9			
10			

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

Alicia Jimenez Rodriguez
Firma del Contratista

C.C. 1.024.533.954 de BOGOTÁ D.C

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	NELCY AYDEE FLOREZ PADILLA 51952482
CARGO:	LIDER OPERATIVO
FIRMA	

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	MARIA CRISTINA DUARTE GARZON CC 53176691
CARGO:	COORDINADORA VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA
FIRMA	

Escaneado con CamScanner

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **JIMENEZ RODRIGUEZ ROSA ALICIA** identificado(a) con **CC** número **1.024.533.954** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 02 de julio de 2014 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 02 de octubre de 2020.

Cordialmente,

Laura Patricia Merchan Metaute
Equipo Gestión de Operaciones.

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

2020100214293

Escaneado con CamScanner

EPS

sura

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

CERTIFICA

Que **ROSA ALICIA JIMENEZ RODRIGUEZ** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **1024533954** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1024533954
NOMBRES Y APELLIDOS	ROSA ALICIA JIMENEZ RODRIGUEZ
TIPO DE AFILIADO	COTIZANTE
PARENTESCO	TITULAR
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	REGIMEN CONTRIBUTIVO
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	11/07/2014
FECHA RETIRO EPS SURA	
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	165
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	0

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
Fecha de generación: **09/10/2020**

ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS

VIGILADO Supersalud

Escaneado con CamScanner