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
VERSION: 02
FECHA: 2020-05-04

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 6964 2020	C.D.P. No.:	3758	Proceso al que pertenece:	PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC
				Unidad a la que pertenece:	SALUD PUBLICA -
Nombre del Contratista:	GERALDINE CECILIA MORENO TORRES			C.C.	1.007.106.443 de BOGOTA D.C
Fecha Inicio:	2020-11-20	Fecha Terminación incial:	2020-11-30	Valor Mensual:	$ 2.197.015
Valor a cobrar:	$ 2.197.015				

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 1.098.400	3952	2020-12-01	2020-12-15
2	$ 3.331.343	4111	2020-12-16	2021-01-15
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	NOVIEMBRE	$ 79.998	$ 0	ANEXO CERTIFICADOS
2	DICIEMBRE	$ 2.197.015	$ 279.400	8346962243
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 1.318.176	$ 5.747.919	$ 2.277.013	$ 3.470.906

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.

Relación de actividades para el periodo: Desde: 2020-12-01 Hasta: 2020-12-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCION 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.	Diligenciamiento de actividades en seguimiento en aplicativo de casos COVID	Contacto telefonico a usuarios y familias reportadas
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.	realizacion y organización de carpetas en sivigila	Entrega de carpetas de IEC en el servidor SIVIGILA 2020
3	3. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.	Presentar cronograma de actividades del mes de diciembre ajustado y el del mes de enero	Cronograma diligenciado
4	4. Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los paneles de mejoramiento de los diferentes estándares de habilitación y acreditación de servicios de salud.	realizacion y organización de carpetas en civigila	Entrega de carpetas de IEC en el servidor SIVIGILA 2020
5	Realizar visitas de campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversalintegral de presente contrato.	Cumplir con la calidad y veracidad en el diligencia miento de los registros reportados en el archivo de seguimiento realizados por el auxiliar de enfermeria.	Diligenciamiento de IEC, seguimiento a contactos y lineas de tiempo
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

Geraldine Moreno
Firma del Contratista

C.C. 1.007.106.443 de BOGOTA D.C

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	NELCY AYDEE FLOREZ PADILLA 51952482
CARGO:	LIDER NO TRASMISIBLES
FIRMA	Nelcy Aydee Florez

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	MARIA CRISTINA DUARTE GARZON CC 35376691
CARGO:	COORDINADORA VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA
FIRMA	

PS-6964-2020 Noviembre

pensar miplanilla.com

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

Señor(a): GERALDINE CECILIA MORENO TORRES
No. Identificación: CC1007106443
Dirección: KR 10 ESTE # 27B-19 SUR
Telefono: 3645740
Correo: geraldinececiliam@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8346962243

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	GERALDINE CECILIA MORENO TORRES
Tipo y número de identificación	CC1007106443
Número de planilla	8346962243
Fecha pago	2020-12-10
Número de autorización pago	46962243
Banco	1052

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	noviembre de 2020
Periodo de Cotización Pensión	noviembre de 2020
Número de Administradoras	4
Total Pagado	279400
Total Intereses de Mora	0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	11500	1
231001	Colfondos	140500	1
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	17600	1
EPS037	Nueva Promotora de Salud - Nueva EPS	109800	1
PAICBF	ICBF Instituto Colombiano de Bienestar Familiar	0	1
PASENA	SENA	0	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1007106443
APELLIDOS Y NOMBRES: GERALDINE CECILIA MORENO TORRES

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
EPS037	231001	877803	877803	468162	877803	109800	0	140500	0	11500	0

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información



COMPROBANTE PAGO DE PLANILLA ASISTIDA PILA

Banco AV Villas

Numero de Identificación del Aportante / Pin Unico: 1007106743

Valor a Pagar $: 279.410

Si usted va a realizar el pago con el numero de Planilla, diligencie esta seccion:

PAGO CON NUMERO DE PLANILLA

Número de Planilla: 3516962123

Si usted va a realizar el pago con Pin Unico, diligencie esta seccion:

PAGO CON PIN ÚNICO

Operador de Información:

Periodo de Cotización a Pagar: Año 2021 Mes 01

ESTIMADO CLIENTE
VERIFIQUE QUE LA INFORMACIÓN IMPRESA EN EL COMPROBANTE SEA CORRECTA Y QUE EL VALOR REGISTRADO CORRESPONDA AL VALOR ORDENADO POR USTED. EL BANCO NO ENTREGA COPIA DE ESTE FORMATO. EL SOPORTE DE LA TRANSACCIÓN SERÁ EL REGISTRO EN EL SISTEMA. RECUERDE QUE ESTE SERÁ EL ÚNICO SOPORTE FÍSICO DE SU TRANSACCIÓN. CONSÉRVELO PARA CUALQUIER VERIFICACIÓN.

CAP PRO 0812

Escaneado con CamScanner