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 5668 2020	**C.D.P. No.:**	2917	**Proceso al que pertenece:**	PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC
				Unidad a la que pertenece:	SALUD PUBLICA - ESPACIO VIVIENDA

Nombre del Contratista: WENDY DAYANA GONZALEZ GARZON **C.C.** 1.007.295.522 **de:** BOGOTA D.C

Fecha Inicio: 2020-09-12 **Fecha Terminación incial:** 2020-10-31 **Valor Mensual:** $ 2.197.015 **Valor a cobrar:** $ 2.197.015

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 1.480.597	3615	2020-11-01	2020-11-20
2	$ 728.358	3782	2020-11-21	2020-11-30
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	SEPTIEMBRE	$ 1.171.712		
2	OCTUBRE	$ 2.197.015	$ 217.600	8345914093
3	NOVIEMBRE	$ 2.197.015	$ 272.100	8346596905
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
$ 3.808.064	$ 6.017.019	$ 5.565.742	$ 451.277

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:** 2020-11-01 **Hasta:** 2020-11-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO	
		ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUTO O EVIDENCIA
1	1.Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE.	Muestreo población susceptible de COVID 19	Fichas 346, aplicativo, encuestas y muestreo COVID
2	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.	Apropacion conceptual de lineamientos	Acta manual entregada al lider del componente
3	3,presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar contenidos en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato	Actualización diaria de cronograma	Archivo drive compartido con componente gestion del riesgo
4	4,apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estandares de habitacion y acreditacion de servicios de salud	Asistencia a reuniones convocadas por referente de espacio vivienda o lider de gestion del riesgo	
5	5,realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal	Entrega de cuenta de cobro	Cuenta de cobro entregada a tecnico administrativo del espacio vivienda

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

Dayana Gonzalez.
Firma del Contratista

C.C. 1.007.295.522 **de** BOGOTA D.C

FIRMA DEL LIDER O PROFESIONAL QUE VERIFICA LAS ACTIVIDADES	
NOMBRE:	ANGELICA MARIA MORENO TORRES CC 39579680
CARGO:	LIDER DEL COMPONENTE DE GESTION DEL RIESGO
FIRMA	
VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS CC 52933672
CARGO:	REFERENTE ESPACIO VIVIENDA
FIRMA	

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

Señor(a): WENDY DAYANA GONZALEZ GARZON
No. Identificación: CC1007295522
Dirección: CALLE 95 A SUR # 14G 46
Telefono: 3084482
Correo: dayara2491@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8346596905

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	WENDY DAYANA GONZALEZ GARZON
Tipo y número de identificación	CC1007295522
Número de planilla	8346596905
Fecha pago	2020-11-10
Número de autorización pago	45287508
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	octubre de 2020
Periodo de Cotización Pensión	octubre de 2020
Número de Administradoras	3
Total Pagado	272100
Total Intereses de Mora	0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	21500	1
230301	Porvenir	140700	1
EPS002	Salud Total EPS	109900	1

PAGADA 8346596905

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1007295522
APELLIDOS Y NOMBRES: WENDY DAYANA GONZALEZ GARZON

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
EPS002	230301	878806	878806	878806	0	109900	0	140700	0	21500	0



PAGO DE FACTURAS

PILA BP

NUM APROBACION:45237508
NUM REFERENCIA:0000000346596505
NUM IDENTIFICACION:1007295522
PERIODO: 2020-10
FECHA EFECTIVA:2020-11-10
VALOR: 272.100
MAR10 NOV 20 13:44:29
315-01565680-218
783107-764952-444628-528260-44
CONSERVE ESTE TIQUETE. ES EL
UNICO RECIBO OFICIAL DE PAGO.EN
CASO DE RECLAMO LLAMAR A:
A SU OPERADOR
AGT 610073 CLR 98381
001176331-689082