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 1635 2019 **C.D.P. No.:** 188 **Proceso al que pertenece:** PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC
Unidad a la que pertenece: SALUD PUBLICA

Nombre del Contratista: JENNIFER MARIA GUANUME CHINOME **C.C.** 1.010.207.416 **de:** BOGOTÁ

Fecha Inicio: 2019-02-01 **Fecha Terminación incial:** 2019-03-03 **Valor Mensual:** $ 3.570.149 **Valor a cobrar:** $ 3.570.149

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 3.000.000	536	2019-03-04	2019-04-03
2	$ 8.986.200	738	2019-04-04	2019-08-03
3	$ 3.095.336	1611	2019-08-04	2019-09-03
4	$ 6.201.800	1901	2019-09-04	2019-10-15
5	$ 4.138.458	2561	2019-10-16	2019-11-20
6	$ 6.550.364	2989	2019-11-21	2020-01-03
7	$ 2.792.589	3563	2020-01-04	2020-03-03
8	$ 3.499.148	189	2020-01-04	2020-03-03
9	$ 3.095.400	597	2020-03-04	2020-04-03
10	$ 3.095.400	960	2020-04-04	2020-05-03
11	$ 3.095.400	1397	2020-05-04	2020-06-03
12	$ 3.342.713	1499	2020-06-04	2020-06-30
13	$ 7.302.762	1657	2020-07-01	2020-08-31
14	$ 7.140.300	2710	2020-08-31	2020-10-31
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	FEBRERO	$ 3.000.000	$ 371.300	8332987986
2	MARZO	$ 3.000.000	$ 371.300	8333665407
3	ABRIL	$ 3.095.400	$ 371.300	8334301945
4	MAYO	$ 3.095.400	$ 383.200	8334864792- 8334977162
5	JUNIO	$ 3.095.400	$ 383.200	8335490014- 8335560642
6	JULIO	$ 3.095.336	$ 383.200	8336172572
7	AGOSTO	$ 3.095.400	$ 383.200	8336763566
8	SEPTIEMBRE	$ 3.095.400	$ 383.200	8337459975
9	OCTUBRE	$ 3.095.400	$ 383.200	8338082791
10	NOVIEMBRE	$ 3.095.400	$ 383.200	8338755842
11	DICIEMBRE	$ 3.095.400	$ 383.200	8339301890
12	horas extras	$ 1.009.369	$ 383.200	8339301890
13	ENERO	$ 3.095.400	$ 508.100	8339950200
14	FEBRERO	$ 3.095.400	$ 383.200	8340583988
15	MARZO	$ 3.095.400	$ 383.200	8341304629
16	ABRIL	$ 3.095.400	$ 383.200	8341461954
17	MAYO	$ 3.095.400	$ 222.200	8342713055
18	JUNIO	$ 302.814	$ 222.200	42809235
19		$ 3.220.898		
20	JULIO	$ 3.570.149	$ 441.900	44088142
21	AGOSTO	$ 3.570.149	$ 441.900	44730423
22	SEPTIEMBRE	$ 3.570.149	$ 441.900	44556002-45381309

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 3.000.000	$ 68.335.870	$ 64.579.064	$ 3.756.806

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN TRABAJO SOCIAL DESARROLLANDO ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Relación de actividades para el period **Desde:** 2020-09-01 **Hasta:** 2020-09-30

	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.	Realizar acompañamiento a niños, niñas y adolescentes trabajadores y sus familias, en el marco de la emergencia sanitaria. Seguimiento a la desvinculación de NNA.	Formatos de caracterización
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.	Acompañamientos a los niños y adolescentes por medio telefónico según lo dispone lineamiento. Seguimiento a las canalizaciones y realozar seguimiento a la desvinculación de niños y adolescentes previamente intervenidos.	Formatos diligenciados.
3	3. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.	Presentación y acualización de cronograma de actividades	Cronograma en magnético
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 habilitación y acreditación de servicios de salud.	Activar canalización en caso de ser requerirlo. Participar en reunión mensual del espacio por medio virtual.	Formatos diligenciados Listado de asistencia
5	5. Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacios de vida o componente transversal.	Realizar acompañamiento a niños, niñas y adolescentes trabajadores y sus familias, en el marco de la emergencia sanitaria, por medio telefónico según está dispuesto en lineamiento.	Formatos diligenciados.
6	Diligenciar de manera completa, adecuadas, ordenada y legible todos los formatos requeridos en las diferentes intervenciones de acuerdo a los anexos operativos de cada uno de los espacios de vida o componente transversal.	Diligenciamiento acorde con lo requerido	Formatos diligenciados.
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

JENNIFER GUANUME
Firma del Contratista

C.C. 1.010.207.416 **de** BOGOTÁ

FIRMA DEL LIDER O PROFESIONAL QUE VERIFICA LAS ACTIVIDADES	
NOMBRE:	ARGENIS IBARRA SALAZAR
CARGO:	APOYO A LA GESTION ESPACIO TRABAJO
FIRMA	
VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	JEAN PAUL ALARCON BARRAGAN
CARGO:	REFERENTE ESPACIO TRABAJO
FIRMA	

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

Señor(a):	JENNIFER MARIA GUANUME CHINOME
No. Identificación:	CC1010207416
Dirección:	DIG 4 # 7 - 67 ESTE
Telefono:	4730602
Correo:	jenniferguanumet.social@gmail.com
Ciudad:	BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla:	8344556002

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	JENNIFER MARIA GUANUME CHINOME
Tipo y número de identificación	CC1010207416
Número de planilla	8344556002
Fecha pago	2020-08-14
Número de autorización pago	45480236
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	agosto de 2020
Periodo de Cotización Pensión	agosto de 2020
Número de Administradoras	3
Total Pagado	383200
Total Intereses de Mora	0

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	30200	1
230301	Porvenir	198200	1
EPS008	Compensar EPS	154800	1

8344556002

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1010207416
APELLIDOS Y NOMBRES: JENNIFER MARIA GUANUME CHINOME

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	1238160	1238160	1238160	0	154800	0	198200	0	30200	0

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

Señor(es): JENNIFER MARIA GUANUME CHINOME
Nit: CC 1010207416
Dirección: DIG 4 # 7 - 67 ESTE
Teléfono: 4730602 **Fax:**
Ciudad: BOGOTA, D.C.

Respetado(s) señor(es)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:

compensar | miplanilla.com

Nombre	JENNIFER MARIA GUANUM
Tipo y número de identificación	1010207416
Número de radicación planilla	8345381309
Fecha de pago	9/15/2020
Número de autorización de pago	45381309
Banco	1052
Valor Comisión	$0

Número de empleados	1
Periodo cotización salud	Agosto 2020
Periodo cotización pensión	Agosto 2020
Periodo cotización caja	Agosto 2020
Número de administradoras	3
Total Pagado	$58.700
Total interes mora	$0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	$4.600	1
230301	Porvenir	$30.300	1
EPS008	Compensar EPS	$23.800	1

PAGADO 45381309

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

SEP 14 2020 16:40:26 RBMICT 8.51
EXITO RESTREPO
CRA 20 14-17 SUR
CORRESPONSAL
BANCO AV VILLAS
C.UNICO: 0012789053 TER: 80001409
C.BANC: 0052
ID CAJERO: 0022978029
RECIBO: 119577 RRN: 264351
RECAUDO APRO: 027558
SERVICIO: 1138
FACTURA: 00000000000000008345381309
** PAGO FACTURA **
TRANSACCION EXITOSA
RECAUDO $ 58.700

BANCO AV VILLAS es responsable por los servicios prestados por el CB. El CB no puede prestar servicios financieros por su cuenta.
Para reclamos comuníquese al:
01 8000518000
CONSERVE ESTA TIRILLA COMO SOPORTE.
FECHA PLANILLA: 2020/08
VALOR PLANILLA: $ 58.700
VALOR COMISION: $ 0
VALOR IVA: $ 0
PAGO APLICADO EN MM/DD: 09/15
*** CLIENTE ***

PAGO DE FACTURAS
PILA BP
NUM APROBACION:45480236
NUM REFERENCIA:000000834455600 2
NUM IDENTIFICACION:1010207416
PERIODO: 2020-08
FECHA EFECTIVA:2020-08-13
VALOR: 383.200
JUE13 AGO 20 15:44:05
226-05287353-212
784380-586555-544618-124260-41
CONSERVE ESTE TIQUETE, ES EL
UNICO RECIBO OFICIAL DE PAGO EN
CASO DE RECLAMO LLAMAR A:
A SU OPERADOR.
AGT 11280 CLR 30576876
00119539-542315