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 5546 2020	**C.D.P. No.:**	2864	**Proceso al que pertenece:**	PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC
				Unidad a la que pertenece:	salud publica vigilancia en salud publica
Nombre del Contratista:	YECENIA ERMELINDA ROJAS PEREZ	**C.C.**	52,767,916	**de:**	BOGOTA
Fecha Inicio:	10\09\2020	**Fecha Terminación incial:**	31\10\2020	**Valor Mensual:**	$ 2,196,960
Valor a cobrar:	$ 1,540,260				

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1				
2				
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	SEPTIEMBRE	$ 1,540,260	$ 190,300	nexa copia de afiliacion a eps ar
2				
3				
4				
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
	$ 3,661,600	$ 3,661,600	$ 1,540,260	$ 2,121,340

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESENTAR SERVISIO DE APOYO DE, ACUERDO A SU PERFIL ACADEMICO, PARA LA EJECUCION DE ACTIVIDADES DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DEL SERVICIO DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E CON DISPOMIBILIDAD EN CUMPIMIENTO DE LA MISION Y VISION DE LA MISMA

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2020\09|10 **Hasta:** 2020-09-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO	PRODUTO O EVIDENCIA
1	Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE.	participacion en reuniones de area de vigilancia en salud publica a contactos casos sospechosos y positivos de COVID 19	reporte en base de seguimientos de actividades soporte de la evidencia de los casos probables en correo seguimientos coranovirus 2020@gmail.com soporte de casos positivos en el correo notificacionsintomascovidco@gmail.com
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.	Registro en base de drive de actividades diarias realizadas ,registro de seguimientos a contactos casos sospechoso y positivos de COVID 19	reporte en base de seguimientos de actividades soporte de la evidencia de los casos probables en correo seguimientos coranovirus 2020@gmail.com soporte de casos positivos en el correo notificacionsintomascovidco@gmail.com
3	Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar	Entrega del cronograma de actividades del mes correspondiente y su actualizacion correspondiente	Reporte en el cronograma de actividades
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.	Presentacion de soportes de actividades de seguimientos telefonicos casos COVID19	En los respectivos correos se encuentran los casos asignados y se reportan las llamadas telefonicas seguimientos coranovirus 2020@gmail.com y en el correo de notificacionsintomas
5	Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacios de vida o componente transversal. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.	seguimiento a casos de forma telefonica y virtulal según programacion de actividades de acuerdo alertas en salud y requerimiento del estado por COVID 19	se evidencia en correo notificacionsintomascovidco@gmail.com

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

Firma del Contratista

C.C. 52,767,916 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	NELZY AYDE FLOREZ PADILLA
CARGO:	LIDER OPERATIVO VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA
FIRMA	

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	MARIA CRISTINA DUARTE GARZON CC 35376691
CARGO:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO EN AREA SALUD
FIRMA	