17

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
214300

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 01
FECHA: 2017-07-07

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS-1803-2019	C.D.P. No.:	188	Proceso al que pertenece:	PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC
				Unidad a la que pertenece:	SALUD PUBLICA - ESPACIO VIVIENDA
Nombre del Contratista:	ALBA NAYIBE AMAYA ROMERO			C.C.	1.022.369.056 de: BOGOTA
Fecha Inicio:	2019-02-01	Fecha Terminación incial:	2019-03-03	Valor Mensual:	$ 1.444.520 Valor a cobrar: $ 1.444.520

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 1.400.000	536	2019-03-04	2019-04-03
2	$ 4.193.560	738	2019-04-04	2019-08-03
3	$ 1.444.392	1611	2019-08-04	2019-09-03
4	$ 2.900.040	1901	2019-09-04	2019-10-15
5	$ 1.931.346	2561	2019-10-16	2019-11-20
6	$ 2.581.008	2988	2019-11-21	2020-01-03
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
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	$ 1.400.000	$ 256.300	8332804183
2	MARZO	$ 1.400.000	$ 256.300	8333582466
3	ABRIL	$ 1.444.520	$ 256.300	8334107006
4	MAYO	$ 1.444.520	$ 256.300	8334713397
5	JUNIO	$ 1.444.520	$ 256.300	8335183620
6	JULIO	$ 1.444.392	$ 256.300	8336015738
7	AGOSTO	$ 1.444.520	$ 256.300	8336459078
8	SEPTIEMBRE	$ 1.444.520	$ 256.300	8337065777
9	OCTUBRE	$ 1.444.520	$ 256.300	8337705164
10	NOVIEMBRE	$ 1.444.520	$ 256.300	8338367115
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
	$ 1.540.000	$ 15.990.346	$ 14.356.032	$ 1.634.314

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS COMO DIGITADOR 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 periodo Desde: 2019-11-01 Hasta: 2019-11-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	1. Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE.	Verificacion de datos en comprobador de derechos y aplicativo Pai. Georeferenciacion. Hacer verificaciones de direcciones y telefonos apoyandonos en diferentes aplicativos , llenando informacion con upz y localidad.
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.	Realizar la depuracion, validacion de bases. Ejectuar el seguimiento de citas y facturas del paciente, usuarios capitados según aplicativo de georeferenciacion sub red centro oriente.
3	3. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.	Diligenciamiento del cronograma mensualmente en el que se consignan las actividades programadas .
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 estándares de habilitación y acreditación de servicios de salud.	Realizar revisión de formatos de activación de ruta, generados por el Espacio Vivienda
5	5. Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal.	Se realizan citas en tiempo real con las gestoras de riesgo quienes se encuentran realizando visita a usuarios priorizados a programas de pyd
6		realizar registro de calidad, ordenamiento adecuado de las bases requeridas por el espacio
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

Firma del Contratista

C.C. 1.022.369.056 de BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS
CARGO:	REFERENTE ESPACIO VIVIENDA
FIRMA	Laydi Oliveros

REVISADO

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

Señor(a): ALBA NAYIBE AMAYA ROMERO
No. Identificación: CC1022369056
Dirección: CRA 51A NO 38B-22 SUR
Telefono: 7959692
Correo: nayibe.amaya.romero@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8338367115

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	ALBA NAYIBE AMAYA ROMERO
Tipo y número de identificación	CC1022369056
Número de planilla	8338367115
Fecha pago	2019-11-06
Número de autorización pago	11591987
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	octubre de 2019
Periodo de Cotización Pensión	octubre de 2019
Número de Administradoras	4
Total Pagado	261300
Total Intereses de Mora	0

PAGADA

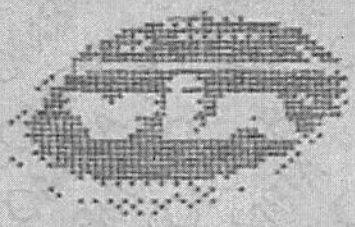
CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	20200	1
231001	Colfondos	132500	1
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	5000	1
EPS008	Compensar EPS	103600	1

8338367115

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1022369056
APELLIDOS Y NOMBRES: ALBA NAYIBE AMAYA ROMERO

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	231001	828116	828116	828116	828116	103600	0	132500	0	20200	0

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



PAGO DE FACTURAS

FILA 6F

NUM APROBACION:1159198?
NUM REFERENCIA:000000083383671?5
NUM IDENTIFICACION:1022369056
PERIODO: 2019-10
FECHA EFECTIVA:2019-11-06
VALOR: 261.300
MIE 6 NOV 19 14:11:04
310-04411169-148
786859-184497-044626-391260-43
CONSERVE ESTE TIQUETE. ES EL UNICO RECIBO OFICIAL DE PAGO.EN CASO DE RECLAMO LLAMAR A:
A SU OPERADOR.
AGT 14779 CLR 1074131343
0813406?-556648

Scanned by CamScanner