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: 01
FECHA: 2017-07-07

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 2231 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 - VSP

Nombre del Contratista: LUZ ANGELA CALVO MEDINA **C.C.** 52.919.127 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2019-02-01 **Fecha Terminación incial:** 2019-03-03 **Valor Mensual:** $ 3.714.480 **Valor a cobrar:** $ 3.714.480

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 3.600.000	536	2019-03-04	2019-04-03
2	$ 10.783.440	738	2019-04-04	2019-08-03
3	$ 3.714.256	1704	2019-08-04	2019-09-03
4	$ 7.439.960	1901	2019-09-04	2019-10-15
5				
6				
7				
8				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	FEBRERO	$ 3.600.000	$ 446.000	8332603736
2	MARZO	$ 3.600.000	$ 446.000	8333185466
3	ABRIL	$ 3.714.480	$ 459.800	8333982252
4	MAYO	$ 3.714.480	$ 459.800	8334371294
5	JUNIO	$ 3.714.480	$ 459.800	8335065282
6	JULIO	$ 3.714.256	$ 459.800	8335655793
7	AGOSTO	$ 3.714.480	$ 459.800	8336322306
8	SEPTIEMBRE	$ 3.714.480	$ 459.800	8336950930

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 3.960.000	$ 29.497.656	$ 29.486.656	$ 11.000

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO EN EPIDEMIOLOGIA 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: 2019-09-01 Hasta: 2019-09-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la E.S.E	Desarrollar Actividades y productos correspondientes a la obligacion del contrato. Desarrollo de guías operativas y anexos técnicos para la ejecución de actividades contratadas en el plan de salud pública de intervenciones colectivas, con calidad y oportunidad necesarias para proporcionar un adecuado impacto en la salud pública de la población: Participación en reunión de área Participación en reunión equipo Sivigila Participación en capacitacion sianieps
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	Asistencia Técnica SIVIGILA ARTICULACION MENSUAL CON PROGRAMAS-CRUCE TB Y LEPRA CRUCE RUAF-SIVIGILA MENSUAL Y ACUMULADO AMPLIACIONES SEGUIMIENTO A CRUCE DE DRIVE REVISION CALIDAD DE BASE ZOONOSIS REUNION GRUPO ZOONOSIS – SIVIGILA SEGUIMIENTO A INGRESO DE CULTIVOS TOSFERINA PARTICIPACION EN COVE RAFAEL URIBE Y ANTONIO NARIÑO
3	Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.	Se presenta mensualmente el plan de trabajo de ejecución OPS.
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.	revision de concordancia bases de datos de eventos de SIVIGILA, cruce y seguimiento de bases Articulación con SDS para socialización de unidades de análisis de dengues.
5	Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal	Revision de eventos de intervencion epidemiologica de campo - notificacion de los mismos Realización de unidades de análisis de Dengue y Esavi.

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. 52.919.127 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS

NOMBRE:	MARIA CRISTINA DUARTE GARZON
CARGO:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO
FIRMA	

Señor(es): LUZ ANGELA CALVO MEDINA
Nit: CC 52919127
Dirección: Cra 137 A N 136 -61
Teléfono: 5366068 **Fax:**
Ciudad: BOGOTA, D.C.

Respetado(s) señor(es)

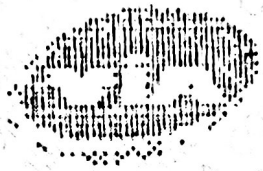
Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:

compensar | miplanilla.com

Nombre	LUZ ANGELA CALVO MEDIN
Tipo y número de identificación	52919127
Número de autorización pago	8336950930
Fecha de pago	9/3/2019
Número de autorización de pago	30232403
Banco	1023
Valor comisión	$0

Número de empleados	1
Periodo salud	Agosto 2019
Periodo pensión	Agosto 2019
Periodo ARL	Agosto 2019
Número de administradoras	4
Total pagado	$489.600
Total intereses mora	$0

Código Administradora	Nombre	Valor Pagado	Número de Planillas
14-7	Cia de Seguros Bolivar S.A.	$36.200	1
230301	Porvenir	$237.800	1
CCF22	Colsubsidio Caja de Compensacion Fliar	$29.800	1
EPS037	Nueva Promotora de Salud - Nueva EPS	$185.800	1



PAGO DE FACTURAS

PILA BP

NUM APROBACION:302324O3
NUM REFERENCIA:000000033695O0930
NUM IDENTIFICACION:52919127
PERIODO: 2019-03
FECHA EFECTIVA:2019-09-03
VALOR: 489.600
MAR 3 SEP 19 10:29:44
246-05823891-098
777316-152414-644618-233260-47
CONSERVE ESTE TIQUETE. ES EL
UNICO RECIBO OFICIAL DE PAGO.EN
CASO DE RECLAMO LLAMAR A:
A SU OPERADOR.
AGT 14603 CLR 1022332148
001.61936-19759