OK

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: 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	$ 4.966.098	2561	2019-10-16	2019-11-20
6				
7				
8				
9				

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	8333982262
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
9	OCTUBRE	$ 3.714.480	$ 459.800	8337596105

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 3.960.000	$ 34.463.754	$ 33.201.136	$ 1.262.618

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:** 2019-10-01 **Hasta:** 2019-10-31

	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.
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 Tecnica SIVIGILA 2 Revision base SIVIGILA para realizacion ajustes Solicitud de Laboratorios a UPGD Pendientes Asistencia Comite SIVIGILA Asistencia Reunion de Area Participacion COVE (santa fe los martires y la candelaria) Solicitud Sueros Pareados SDS Articulacion Tecnicos SIVIGILA articulacion Cronicos Articulacion ERA Articulacion SSR Ampliacion Localidad Santa Fe Unidad de analisis ESAVI Y DENGUE
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.	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 numero de identificacion	52919127
Número de radicación planilla	8337596105
Fecha de pago	10/3/2019
Numero de autorizacion de pago	15364877
Banco	1023
Valor Comisión	$0

Número de empleados	1
Periodo cotización salud	Septiembre 2019
Periodo cotización pension	Septiembre 2019
Periodo cotización caja	Septiembre 2019
Número de administradoras	4
Total Pagado	$489.600
Total interes mora	$0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
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

PAGADO

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



PAGO DE FACTURAS

PILA BP

NUM APROBACION:15364877
NUM REFERENCIA:000000837596105
NUM IDENTIFICACION:52919127
PERIODO: 2019-09
FECHA EFECTIVA:2019-10-03
VALOR: 489.600
JUE 3 OCT 19 14:14:55
276-07424451-051
786555-941573-944618-233260-47
CONSERVE ESTE TIQUETE. ES EL
UNICO RECIBO OFICIAL DE PAGO.EN
CASO DE RECLAMO LLAMAR A:
A SU OPERADOR.
AGT 14083 CLR 1022332148
02195796-654426