#1967

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 - GESTION 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-1967-2019 **C.D.P. No.:** 188

Proceso al que pertenece: PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PSPIC

Unidad a la que pertenece: SALUD PUBLICA - PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES

Nombre del Contratista: ANGIE CATHERINE COBOS TORRES **C.C.** 1.033.751.561 **de** BOGOTA

Fecha Inicio: 2019-02-01 **Fecha Terminación incial:** 2019-03-03 **Valor Mensual:** $ 1.599.290 **Valor a cobrar:** $ 1.599.290

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 1.550.000	536	2019-03-04	2019-04-03
2	$ 4.642.870	738	2019-04-04	2019-08-03
3	$ 1.599.030	1611	2019-08-04	2019-09-03
4	$ 3.209.580	1901	2019-09-04	2019-10-15
5	$ 2.138.232	2561	2019-10-16	2019-11-20
6	$ 2.857.936	2988	2019-11-21	2020-01-03
7	$ 1.442.838	3563	2020-01-04	2020-03-03
8	$ 1.807.893	189	2020-01-04	2020-03-03
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	$ 1.550.000	$ 256.300	8333000640
2	MARZO	$ 1.550.000	$ 256.300	33581425
3	ABRIL	$ 1.599.290	$ 256.300	34225386
4	MAYO	$ 1.599.290	$ 256.300	34621172
5	JUNIO	$ 1.599.290	$ 256.300	35365629
6	JULIO	$ 1.599.030	$ 256.300	36058628
7	AGOSTO	$ 1.599.290	$ 256.300	36683996
8	SEPTIEMBRE	$ 1.599.290	$ 256.300	8337326624
9	OCTUBRE	$ 1.599.290	$ 256.300	8337930063
10	NOVIEMBRE	$ 1.599.290	$ 256.300	8338586825
11	DICIEMBRE	$ 1.599.290	$ 256.300	8339226738
12	ENERO	$ 1.599.290	$ 256.300	8339717397
13	FEBRERO	$ 1.599.290	$ 271.700	8340513558
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
$ 1.705.000	$ 20.953.379	$ 20.691.930	$ 261.449

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICOS AUXILIARES DE ENFERMERIA 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:** 2020-02-01 **Hasta:** 2020-02-29

	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 ESE	Identifico la poblacion objeto del PAI, primordialmente menores de 5 años,60 años y gestantes, niñas de 9 a 20 años desde 4to grado de primaria 11 bachillerato, al igual que las niñas de 9 a 17 años desescolarizadas.
2	Apoya la prestación de servicios en el PIC presentando al información y/o soportes que soliciten y que corresponden al objeto y/o actividades contractuales y de acuerdo a los anexos y lineamientos contenidos en el Contrato suscrito con el Fondo Financiero Distrital	Se entrega la informacion de vacunados diariamente a la coordinacion extramural para ser digitada diariamente y ser informado las coberturas de la estrategia en todo momento
3	Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.	Realizar actividades programadas en el cronogramamensual y realizar las obsevaciones pertinentes frente a actividades que se realizaron y que no estaban planeadas dentro del cronograma mensual.
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	Desarrollar el proceso de vacunacion de acuerdo con las guias y manual tecnico administrativo.
5	Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal.Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato	Realizar tacticas de vacunacion casa casa, seguimientos o concentraciones, a necesidad o según cronograma de actividades a realizar.
6		

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

Angie Cobos
Firma del Contratista

C.C. 1.033.751.561 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	LUZ ADRIANA CASTAÑEDA
CARGO:	REFERENTE DE GESTION PROGRAMAS Y ACCIONES
FIRMA	

#1967

compensar | miplanilla.com

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

Señor(a): ANGIE CATHERINE COBOS TORRES
No. Identificación: CC1033751561
Dirección: CALLE 89 18 F 10 SUR
Telefono: 2009504
Correo: ANGIECOBOS.27@GMAIL.COM
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8340513558

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	ANGIE CATHERINE COBOS TORRES
Tipo y número de identificación	CC1033751561
Número de planilla	8340513558
Fecha pago	2020-02-07
Número de autorización pago	15263141
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	enero de 2020
Periodo de Cotización Pensión	enero de 2020
Número de Administradoras	3
Total Pagado	271700
Total Intereses de Mora	0

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	21400	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	140500	1
EPS008	Compensar EPS	109800	1

8340513558

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1033751561
APELLIDOS Y NOMBRES: ANGIE CATHERINE COBOS TORRES

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	25-14	877803	877803	877803	0	109800	0	140500	0	21400	0

Angie Cobos
1033751561

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

#1967



PAGO DE FACTURAS

PILA BP

NUM APROBACION:15263141
NUM REFERENCIA:000000834051355B
NUM IDENTIFICACION:1033751561
PERIODO: 2020-01
FECHA EFECTIVA:2020-02-07
VALOR: 271.700
VIE 7 FEB 20 15:14:22
038-04980133-024
785741-624211-044625-557260-48
CONSERVE ESTE TIQUETE. ES EL UNICO RECIBO OFICIAL DE PAGO.EN CASO DE RECLAMO LLAMAR A: A SU OPERADOR.
AGT 16539 CLR 1023962343
051711S6-214537

Angie Cobos
1033751561