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-1A-FT-014
VERSION: 02
FECHA: 2020-05-04

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 5539 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
Nombre del Contratista:	Maria Camila Barrero Espejo			C.C.	1.030.677.528 de: BOGOTA
Fecha Inicio:	2020-09-15	Fecha Terminación incial:	2020-10-31	Valor Mensual:	$ 2.197.015 Valor a cobrar: $ 2.197.015

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 1.480.597	3615	2020-11-01	2020-11-20
2	$ 728.358	3782	2020-11-21	2020-11-30
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	SEPTIEMBRE	$ 1.170.120	$0	Anexo copia afiliación
2	OCTUBRE	$ 2.197.015	$272.100	8345439792-8345439788-46046168
3				
4	NOVIEMBRE	$ 2.197.015	$ 272.100	8346062259
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 3.661.600	$ 5.870.555	$ 5.564.150	$ 306.405

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN 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: 2020-11-01 Hasta: 2020-11-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCION DEL DESARROLLO ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUTO O EVIDENCIA
1	Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del c	1.Participacion en reuniones de area de vigilancia en salud piblica.2.Seguimiento a contactos casos sospechosos y positivos de COVID19.	1.Reporte en base de seguimiento de actividades 2. soporte de las evidencias de los casos probables en correo
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.	1.Registro en base de datos de drive de actividades diarias realizadas. 2.Resgistro de seguimientos a contactos casos sospechosos y positivos de COVID 19.	1. Reporte en base de seguimiento de actividades 2.Soporte de evidencia de los casos probables en correo seguimientoscoronavirus2020@gmail.com y soportes de casos
3	Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.	1. Entrega de cronograma de actividades del mes correspondiente y su actualizacion correspondiente.	1. Reporte en 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 habilitacion y acreditacion de los servicios de salud	1.Presentacion de soportes de actividades de seguimientos telefonicos casos COVID 19	1. En los respectivos correos se encuentran los casos asignados y se reportan las llamadas telefonicas seguimientoscoronavirus2020@gmail.com
5	Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada esapacio de vida o componente transversal contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.	1. seguimiento a casos de forma telefonica y virtual según programación de actividades de acuerdo a las alertas en salud y requerimientos del estado por COVID 19	1.Se evidencia en correo de 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

Camila Barrero
Firma del Contratista

C.C. 1.030.677.528 de BOGOTA

FIRMA DEL PROFESIONAL QUE VERIFICA LAS ACTIVIDADES	
NOMBRE:	NELCY AYDE FLOREZ PADILLA
CARGO:	LIDER OPERATIVO
FIRMA	
FIRMA DEL SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	MARIA CRISTINA DUARTE GARZON
CARGO:	COORDINADORA VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA
FIRMA	

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

Señor(a): MARIA CAMILA BARRERO ESPEJO
No. Identificación: CC1030677528
Dirección: CALLE 48A SUR #79-10
Telefono: 8067688
Correo: camilabarreroe.14@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8346062259

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	MARIA CAMILA BARRERO ESPEJO
Tipo y número de identificación	CC1030677528
Número de planilla	8346062259
Fecha pago	2020-11-17
Número de autorización pago	12184549
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	octubre de 2020
Periodo de Cotización Pensión	octubre de 2020
Número de Administradoras	3
Total Pagado	288500
Total Intereses de Mora	0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	38200	1
230301	Porvenir	140500	1
EPS008	Compensar EPS	109800	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1030677528
APELLIDOS Y NOMBRES: MARIA CAMILA BARRERO ESPEJO

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	230301	877803	877803	877803	0	109800	0	140500	0	38200	0

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



PAGO DE FACTURAS

PILA BF

NUM APROBACION:121845449
NUM REFERENCIA:000000023460062259
NUM IDENTIFICACION:1038675528
PERIODO: 2020-10
FECHA EFECTIVA:2020-11-16
VALOR: [illegible]
LUN16 NOV 20 20:10:05
321-02367227-127
[illegible]
CONSERVE ESTE TIQUETE. ES EL
UNICO RECIBO OFICIAL DE PAGO.EN
CASO DE RECLAMO LLAMAR A:
A SU OPERADOR.
[illegible] 15038 CLR 136159B3
[illegible]

Escaneado con CamScanner