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: 02
FECHA: 2020-05-04

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: PS 6027 2020 | C.D.P. No.: 3038 | Proceso al que pertenece: PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC | Unidad a la que pertenece: SALUD PUBLICA - VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA

Nombre del Contratista: Amanda Yurley Ballesteros Sanchez | C.C. 1.033.750.469 | de: BOGOTA DC.

Fecha Inicio: 2020-09-25 | Fecha Terminación inicial: 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	1.480.597.00	3615	2020-11-01	2020-11-20
2	728.358.00	3782	2020-11-21	2020-11-30
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	SEPTIEMBRE	$ 439.391	$ 271.700	9410521303
2	OCTUBRE	$ 2.197.015	$ 271.700	9411103017
3	NOVIEMBRE	$ 2.197.015	$ 271.700	9412214089
4			$ 400	9412852653
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 2.929.280	$ 5.138.235	$ 4.833.421	$ 304.814

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS DE APOYO DE ACUERDO A SU PERFIL ACÁDEMICO, PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. CON DISPONIBILIDAD EN CUMPLIMIENTO DE LA MISIÓN Y LA VISIÓN DE LA MISMA.

Relación de actividades para el periodo: Desde: 2020-11-01 Hasta: 2020-11-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN 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 contrato suscrito con FFD y la ESE.	Seguimiento de casos COVID en aplicativo (COVID-19 salud capital), verificacion de casos hospitalizados, llamadas fallidas y registro de informacion pertinente.	1. Reporte en base de datos casos COVID-19 seguimiento de actividades.
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. Diligenciamiento de base de datos casos COVID-19 2. participacion en reuniones de area de vigilancia en salud publica.	1. Reporte en base de datos casos COVID-19 seguimiento de actividades. 2. Asistencia a reuniones virtuales.
3	Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.	Diligenciamiento del cronograma correspondiente al mes de octubre 2020 en el que se consignan las actividades programadas referentes a las acciones establecidas	Cronograma de octubre diligenciado
4	Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los paneles de mejoramiento de los diferentes estándares de habilitación y acreditación de servicios de salud.	1.Presentacion de base de datos seguimientos telefonicos casos COVID 19	Se entrega base de datos de seguimiento del mes de octubre
5	5. Realizar los seguimientos telefonicos de acuerdo a los anexos operativos de cada componente contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral de presente contrato.	Seguimiento a casos de forma telefonica y virtual según programacion de actividades de acuerdo a alerta en salud y requerimientos del estado por COVID 19	Reporte en base de datos casos COVID-19 seguimiento de actividades.

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

AMANDA BALLESTEROS
Firma del Contratista

C.C. 1.033.750.469 de BOGOTA DC.

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	NELCY AYDEE FLOREZ PADILLA CC. 51952482
CARGO:	LIDER OPERATIVO VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA
FIRMA	Nelcy Aydee Florez

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	MARIA CRISTINA DUARTE GARZON CC. 53176691
CARGO:	COORDINADORA VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA
FIRMA	

Resumen General de Pago

aportes en línea

ENERALES DEL APORTANTE

cación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
469		BALLESTEROS SANCHEZ AMANDA YURLEY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 13 Sur #24h-78apto 602	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4968797	No

ENERALES DE LA LIQUIDACION

eriodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
	2020-10	797134226	9412214089	I	2020/11/18	2020/11/11	NEQUI	0	$271,700

MEN DE PAGO

O	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
				1	$140,500	$0	$0	$140,500
DMINISTRADORAS: 1)				1	$140,500	$0	$0	$140,500
RVENIR	230301	800,224,808	8	1	$21,400	$0	$0	$21,400
DMINISTRADORAS: 1)				1	$21,400	$0	$0	$21,400
L SURA	14-11	890,903,790	5	1	$109,800	$0	$0	$109,800
ADMINISTRADORAS: 1)				1	$109,800	$0	$0	$109,800
ANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$271,700	$0	$0	$271,700
TAL				1	$271,700	$0	$0	$271,700

Detalle del movimiento

Pago realizado

Pago en
Aportes en linea

¿Cuánto?
$271.700,00

Fecha
11 noviembre 2020 a las 03:00 p. m.

Referencia
M378623

aportes en línea

Resumen General de Pago

TOS GENERALES DEL APORTANTE

dentificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
033750469		BALLESTEROS SANCHEZ AMANDA YURLEY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 13 Sur #24h-78apto 602	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4968797	No

TOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
ensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
0-10	2020-10	805086917	9412852653	N	2020/11/18	2020/11/20	NEQUI	2	$400

QUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
o.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
ursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,003	$200			$1,003	$100			$0	$0			$1,003	$100		$0	$0
ntro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,003	$200			$1,003	$100			$0	$0			$1,003	$100		$0	$0
dad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						$1,003	$200			$1,003	$100			$0	$0			$1,003	$100		$0	$0
1	CC	1033750469	BALLESTEROS AMANDA	230301	30	($877,803)	($140,500)	EPS005	30	($877,803)	($109,800)		0	$0	$0	14-11	30	($877,803)	($21,400)	0	$0	$0
2	CC	1033750469	BALLESTEROS AMANDA	230301	30	$878,806	$140,700	EPS005	30	$878,806	$109,900		0	$0	$0	14-11	30	$878,806	$21,500	0	$0	$0
otal	Afiliados(1)					$1,003	$200			$1,003	$100			$0	$0			$1,003	$100		$0	$0

Pago realizado

Pago en

Aportes en linea

¿Cuánto?

$400,00

Fecha

20 noviembre 2020 a las 08:21 a. m.

Referencia

M40773