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 6042 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 -		
Nombre del Contratista:	EDMA MILENA SUAREZ PERDOMO	C.C.	55.217.208 de: AIPE HUILA
Fecha Inicio:	2020-10-01	Fecha Terminación inicial:	2020-10-30
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	3038	2020-11-01	2020-11-20
2	$ 728.358	3615	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	octubre	$ 2.197.015	$ 0	ANEXO CERTIFICADOS
2	Noviembre	$ 2.197.015	$ 272.100	83466237
3				
4				
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
	$ 4.409.877	$ 6.618.832	$ 4.394.030	$ 2.224.802

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 ACADÉMICO, PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DE SALUD PÚBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E., CON DISPONIBILIDAD EN CUMPLIMIENTO DE LA MISIÓN Y 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	Seguimiento ESPII en el Distrito Capital	Participacion a reuniones , capacitacion de monitoreo rapido y cobertura de vacunacion.	Actas de asistencia a reuniones , capacitaciones para manitoreo rapido de y cobertura de
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.Realizacion de monitoreo rapido coberturas de vacunacion dentro de las siguientes localidades: Usaquen,Chapinero,Santafe,San Ciristobal,Usme,Tunjuelito,Bosa,Kennedy,Fontibon,Engativa,Suba,Barrios Unidos,Teusaquillo,Martires,Antonio Nariño,Puente Aranda,Candelaria,Rafael Uribe,Ciudad Bolivar,Sumapaz.	Entrega de formatos diario de actividades, recoleccion de informacion ,poblacion entre los rangos de 0 a 11 meses, 12 a 23 meses, 60 a 71 meses.
3	3. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.	Diligenciamiento del cronograma corresponiente al mes de noviembre en el que se consignan las actividades programadas referentes a las acciones establecidas	Reporte en el cronograma de actividades.
4	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 soportes de actividades monitoreo rapido de cobertura de vacunacion. 2. presentacion de soportes diarios de actividades	Entrega de formatos diario de actividades, recoleccion de informacion ,poblacion entre los rangos de 0 a 11 meses, 12 a 23 meses, 60 a 71 meses.
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 en formato diario de recoleccion de informacion de pablacion de 0 a 5 años.	Entrega de formatos diario de actividades, Para Monitoreo Rapido y cobertura de vacunacion mapas de la zona.
6			
7			
8			
9			
10			

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

Edma Suarez
Firma del Contratista

C.C. 55.217.208 de AIPE HUILA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	LADY VIVIANA RODRIGUEZ GALINDO CC 52975852
CARGO:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO EN SALUD
FIRMA	

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	MARIA CRISTINA DUARTE GARZON CC 35376201
CARGO:	COORDINADORA VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA
FIRMA	

Señor(es): edma milena suarez perdomo
Nit: CC 55217208
Dirección: cll 48 # 83-26
Teléfono: 7502677 **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:

Mi Planilla.com

Nombre	edma milena suarez perdomc
Tipo y número de identificación	55217208
Número de radicación planilla	8346623713
Fecha de pago	11/11/2020
Número de autorización de pago	46623713
Banco	1052
Valor Comisión	$0

Número de empleados	1
Periodo cotización salud	Octubre 2020
Periodo cotización pensión	Octubre 2020
Periodo cotización caja	Octubre 2020
Número de administradoras	3
Total Pagado	$272.100
Total interes mora	$0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	$21.500	1
230301	Porvenir	$140.700	1
EPS005	Sanitas EPS	$109.900	1

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

Banco AV Villas

COMPROBANTE PAGO DE PLANILLA ASISTIDA PILA

Número identificación del Aportante / Pin Único: 55217208

Valor a Pagar $: 272,100

Si usted va a realizar el pago con el número de Planilla, diligencie esta sección:

PAGO CON NÚMERO DE PLANILLA

Número de Planilla: 8346623713

Si usted va a realizar el pago con Pin Único, diligencie esta sección:

PAGO CON PIN ÚNICO

Operador de Información: Mi Planilla

Periodo de Cotización a Pagar: Año 2020 Mes 10

ESTIMADO CLIENTE:
VERIFIQUE QUE LA INFORMACIÓN IMPRESA EN EL COMPROBANTE SEA CORRECTA Y QUE EL VALOR REGISTRADO CORRESPONDA AL VALOR ORDENADO POR USTED. EL BANCO NO TENDRÁ COPIA DE ESTE FORMATO. EL SOPORTE DE LA TRANSACCIÓN SERÁ EL REGISTRO EN EL SISTEMA. RECUERDE QUE ÉSTE SERÁ EL ÚNICO SOPORTE FÍSICO DE SU TRANSACCIÓN. CONSERVELO PARA CUALQUIER VERIFICACIÓN.

CAP-PRO-083-V2

```
AVV 081 20201111 12:59 SC1624  LINEA    D
VR PAGADO:       272,100.00
NOMBRE:COMPENSAR
CLAVE:8346623713                    D
ID:55217208
Fecha Aplicación:20201111   PIN:125925
Estimado cliente: Verifique los datos de
su pago. Después de retirarse de la
ventanilla no se aceptan reclamos.
```

FORTECO S.A.

Escaneado con CamScanner