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.1A.FT-014
VERSIÓN: 02
FECHA: 2020-05-04

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 6139 2020	**C.D.P. No.:**	3082	**Proceso al que pertenece:**	PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC
				Unidad a la que pertenece:	SALUD PUBLICA -

Nombre del Contratista: JOHANNA ALEXANDRA CORTES RAMIREZ **C.C.** 52.887.125 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2020-09-25 **Fecha Terminación inicial:** 2020-10-31 **Valor Mensual:** $ 4.668.632 **Valor a cobrar:** $ 4.668.632

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 3.146.269	3615	2020-11-01	2020-11-20
2	$ 1.547.761	3782	2020-11-21	2020-11-30
3	$ 1.634.316	3919	2020-12-01	2020-12-15
4	$ 3.331.343	4111	2020-12-16	2021-01-15
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	$ 938.801	$ 0	ANEXO CERTIFICADOS
2	OCTUBRE	$ 4.668.632	$ 271.557	45967437
3	NOVIEMBRE	$ 4.034.307	$ 577.800	45945955
4	DICIEMBRE	$ 4.668.632	$ 531.800	8347200618
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
	$ 6.069.227	$ 15.728.916	$ 14.310.372	$ 1.418.544

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:** 2020-12-01 **Hasta:** 2020-12-31

	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 contrato suscrito con FFD y la ESE	Desarrollar actividades correspondientes en el proceso de IEC Casos COVID 19 en la línea 213. Reunión equipo Transmisibles 15/12/2020, 10:00 am.	Dilengenciamiento IEC Covid, en aplicativos. Firmar asitencia a reunion .
2	Apoyar la prestación de servicios en el PIC, presentando la	Soporte de actividades en las plataformas asignadas para le cargue de la	IEC Diligenciada En La Ficha
3	Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.	Elaboración y ajuste del cronograma del mes de novieembre y realización del cronograma del mes de diciembre.	Cronograma diligenciado
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.	Realizar verificar y Desarrollar actividades correspondientes en el proceso de IEC de Casos COVID 19 en la línea 213. 1. presentacion de soportes de IEC de los casos COVID 19. 2. presentacion de soportes diarios de actividades.	Cargue de informacion en aplicativos. Solicitud de informacion de los casosque no se lograron contactar telefonicamnete.
5	Realizar las demás obligaciones asignadas por el supervisor del contrato Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.	Asistencia a las reuniones de equipo según cronograma mensual. Entrega de cuentas de cobro, cronogramas de actividades e informacion solicitada en las fechas establecidas.	Diligenciamiento de los listados de asistencia. Asistencia a la USS Bello Horizonte para entrega de los productos solicitados.
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

Firma del Contratista

C.C. 52.887.125 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	LADY VIVIANA RODRIGUEZ GALINDO
CARGO:	LIDER TRASMISIBLES
FIRMA	

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	MARIA CRISTINA DUARTE QUARZON CC 53376691
CARGO:	COORDINADORA VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA
FIRMA	

PS_ 6139_2020 Johanna Cortes.

Señor(es): JOHANNA ALEXANDRA CORTES RAMIREZ
Nit: CC 52887125
Dirección: CL 44 BIS 78F 45 SUR
Teléfono: 4538122 **Fax:** 8785808
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:

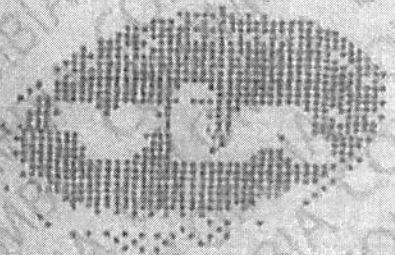
Mi Planilla.com

Nombre	JOHANNA ALEXANDRA COI
Tipo y número de identificación	52887125
Número de radicación planilla	8347200618
Fecha de pago	12/10/2020
Número de autorización de pago	1286701
Banco	1023
Valor Comisión	$0

Número de empleados	1
Periodo cotización salud	Noviembre 2020
Periodo cotización pensión	Noviembre 2020
Periodo cotización caja	Noviembre 2020
Número de administradoras	4
Total Pagado	$531.800
Total interes mora	$0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	$39.400	1
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	$258.300	1
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	$32.300	1
EPS008	Compensar EPS	$201.800	1

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



PAGO DE FACTURAS

PILA BP

UM APROBACION: 01286701

UM REFERENCIA: 0000000[redacted]

UM IDENTIFICACION: 52807125

ERIODO: [redacted]

ECHA EFECTIVA: 2020-12-10

VALOR: [redacted]

JUE16 DIC 20 11:00:12

345-0012467-249

78244-8292E6-44E628-B9926D-47

CONSERVE ESTE TIQUETE, ES EL

NICO RECIBO OFICIAL DE PAGO. EN

CASO DE RECLAMO LLAMAR A:

A SU OPERADOR.

AGT 2161 CLR 19:15:57

84185155-0026126