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-1892-2019 **C.D.P. No.:** 188 **Proceso al que pertenece:** PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC
Unidad a la que pertenece: SALUD PUBLICA - VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA

Nombre del Contratista: MARTHA PATRICIA SALAMANCA CASTRO **C.C.** 52.124.078 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2019-02-01 **Fecha Terminación incial:** 2019-03-03 **Valor Mensual:** $ 2.197.015 **Valor a cobrar:** $ 2.197.015

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 1.550.000	536	2019-03-04	2019-04-03
2	$ 4.642.870	738	2019-04-04	2019-08-03
3	$ 1.599.290	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	2020-01-30
8	$ 1.807.892	189	2020-02-01	2020-03-03
9	$ 1.599.290	597	2020-03-04	2020-04-03
10	$ 1.599.290	960	2020-04-04	2020-05-03
11	$ 1.599.290	1397	2020-05-04	2020-06-03
12	$ 1.877.095	1499	2020-06-04	2020-06-30
13	$ 4.540.866	1657	2020-01-07	2020-08-31
14	$ 4.394.030	2710	2020-09-01	2020-10-31
15	$ 1.480.597	3615	2020-11-01	2020-11-20
16	$ 728.358	3782	2020-11-21	2020-11-30
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	FEBRERO	$ 1.550.000	$ 256.300	8332871821
2	MARZO	$ 1.550.000	$ 256.300	8333475717
3	ABRIL	$ 1.599.290	$ 256.300	8334087597
4	MAYO	$ 1.599.290	$ 256.300	8334693117
5	JUNIO	$ 1.599.290	$ 256.300	8335358736
6	JULIO	$ 1.599.290	$ 256.300	8335949235
7	AGOSTO	$ 1.599.290	$ 256.300	8336611833
8	SEPTIEMBRE	$ 1.599.290	$ 256.300	8337249791
9	OCTUBRE	$ 1.599.290	$ 256.300	8337548781
10	NOVIEMBRE	$ 1.599.290	$ 256.300	8338210737
11	DICIEMBRE	$ 1.599.290	$ 256.300	8338838824
12	ENERO	$ 1.599.290	$ 256.300	8339508019
13	FEBRERO	$ 1.599.290	$ 271.700	8340139573
14	MARZO	$ 1.599.290	$ 271.700	8340768065
15	ABRIL	$ 1.599.290	$ 271.700	8341434623
16	MAYO	$ 1.599.291	$ 271.700	8342069280
17	JUNIO	$ 156.452	$ 271.700	8343292386
18		$ 1.982.090		
19	JULIO	$ 2.197.015	$ 271.700	8343958841
20	AGOSTO	$ 2.197.015	$ 272.100	8344221157 / 44694776
21	SEPTIEMBRE	$ 2.197.015	$ 272.100	8345228580
22	OCTUBRE	$ 2.197.015	$ 272.100	8345500055
23	NOVIEMBRE	$ 2.197.015	$ 272.100	8346147482

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 1.705.000	$ 38.772.454	$ 38.613.678	$ 158.776

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO AUXILIAR 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:** 2020-11-01 **Hasta:** 2020-11-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1. Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE.		Magnetico a los correos de seguimientocoronvirus2020gmail.com.com notificacionsintomascovid@gmail.com
2	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.	Busqueda en aplicativo comprobador de derechos y PAI Depuracion de correo arreglo de carpetas en el servidor *Envio de notificacion a UPGD *Soicitud de datos de EPS datos ubicacion	Magnetico a los correos de seguimientocoronavirus2020gmail.com y notificacionsintomascovidco@gmail.com.
3	3. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.	Presentar cronograma de actividades del mes de NOVIEMBRE 2020.	Producto en fisico.
4	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.	Asistencia reunion de area *Busqueda en aplicativo comprobador de derechos *Depuracion de correo y arreglo de carpetas en el servidor *Envio de notificacion a UPGD *Soicitud de datos de EPS datos ubicacion	Producto en magnetico. Magnetico a los correos de seguimientocoronavirus2020gmail.com y notificacionsintomascovidco@gmail.com.
5	5. Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacios de vida o componente transversal. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato. C	Asistencia capacitacion seguimietos COVID	Producto en magnetico.

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

Martha P. Salamanca C
Firma del Contratista

C.C. 52.124.078 **de** BOGOTA

FIRMA DE LIDER O PROFESIONAL QUE VERIFICA LAS ACTIVIDADES	
NOMBRE:	NELCY AYDEE FLOREZ PADILLA CC 51.952.482
CARGO:	LIDER OPERATIVO VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA
FIRMA	

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	MARIA CRISTINA DUARTE GARZON CC 35.376.697
CARGO:	COORDINACION VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA
FIRMA	

Señor(es): MARTHA PATRICIA SALAMANCA CASTRO
Nit: CC 52124078
Dirección: CALLE 43A No 12B -11 SUR TORRE1 APTO106
Teléfono: 7383429 **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:

compensar | miplanilla.com

Nombre	MARTHA PATRICIA SALAM/
Tipo y número de identificación	52124078
Número de radicación planilla	8346147482
Fecha de pago	11/9/2020
Número de autorización de pago	32216674
Banco	1023
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
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	$21.500	1
230301	Porvenir	$140.700	1
EPS002	Salud Total EPS	$109.900	1

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



PAGO DE FACTURAS

PILA BP

IM ARROBACION: 32216674
IM REFERENCIA: 000000034614 7482
IM IDENTIFICACION: 52124078
RIODO: 2020-10
CHA EFECTIVA: 2020-11-07
VALOR: 272.100
SAB 7 NOV 20 14:31:33
012-038131 90-023
7831 31-021358-744613-124260-44
CONSERVE ESTE TIQUETE, ES EL
NICO RECIBO OFICIAL DE PAGO.EN
CASO DE RECLAMO LLAMAR A
A SU OPERADOR
AGT 11280 OLR 10238 3107
051 7943 4-345648