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 4441 2020 | **C.D.P. No.:** | 1596 | **Proceso al que pertenece:** | PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC |
| | | | | **Unidad a la que pertenece:** | SALUD PUBLICA - VIGILANCIA SANITARIA |

**Nombre del Contratista:** ANDRES ROBERTO MATEUS CHACON **C.C.** 1.030.550.187 **de:** BOGOTA

**Fecha Inicio:** 2020-06-17 **Fecha Terminación inicial:** 2020-08-31 **Valor Mensual:** $ 2.334.328 **Valor a cobrar:** $ 2.334.328

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | $ 4.668.700 | 2710 | 2020-09-01 | 2020-10-31 |
| 2 | $ 1.573.134 | 3615 | 2020-11-01 | 2020-11-20 |
| 3 | $ 773.880 | 3782 | 2020-11-21 | 2020-11-30 |
| 4 | $ 2.084.408 | 3918 | 2020-12-01 | 2020-12-31 |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |
| 14 | | | | |
| 15 | | | | |
| 16 | | | | |
| 17 | | | | |
| 18 | | | | |
| 19 | | | | |
| 20 | | | | |
| 21 | | | | |
| 22 | | | | |

| Nº CTA | MES DE CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR | VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL | NÚMERO DE PLANILLA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | JUNIO | $ 1.091.045 | $ 157.600 | 8607363486 MAYO |
| 2 | JULIO | $ 2.334.328 | $ 272.700 | 8603921646 JUNIO |
| 3 | AGOSTO | $ 2.334.328 | $ 289.100 | 8608679874 JULIO |
| 4 | SEPTIEMBRE | $ 2.334.328 | $ 289.100 | 8608742866 AGOSTO |
| 5 | OCTUBRE | $ 2.334.328 | $ 289.100 | 8609545927 SEPTIEMBRE |
| 6 | NOVIEMBRE | $ 2.334.328 | $ 289.100 | 8610108695 OCTUBRE |
| 7 | DICIEMBRE | $ 2.334.328 | $ 289.100 | 47314421 NOVIEMBRE |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |
| 14 | | | | |
| 15 | | | | |
| 16 | | | | |
| 17 | | | | |
| 18 | | | | |
| 19 | | | | |
| 20 | | | | |
| 21 | | | | |
| 22 | | | | |

**Resumen de contrato**

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 6.225.088 | $ 15.325.210 | $ 15.097.013 | $ 228.197 |

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

**OBJETO DEL CONTRATO**

PRESTAR SERVICIOS DE ACUERDO A SU PERFIL ACADEMICO PARA DESAROLLAR 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:** 2020-12-01 **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. | * INGRESAR AL APLICATIVO SIVIGILA LA INFORMACIÓN DE ACTAS IVC, MEDIDAS SANITARIAS, OPERATIVOS Y DEMAS INTERVENCIONES REALIZADAS DE LAS LÍNEAS<br>*REALIZAR PREAUDITORIA DE LO INGRESADO EN APLICATIVO | Base de Datos SIVIGILA |
| 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. | * INFORMAR A LOS FUNCIONARIOS SOBRE LAS INCONSISTENCIAS QUE PRESENTEN LOS SOPORTES ENTREGADOS A DIGITACION Y APOYARLOS EN LA REALIZACION DE LOS AJUSTES RESPECTIVOS.<br>* BRINDAR INFORMACION A LOS FUNCIONARIOS SOBRE DATOS DEL CENSO CUANDO SEA REQUERIDO Y LAS HERRAMIENTAS TECNICAS Y TECNOLOGICAS LO PERMITAN. | Base de Datos SIVIGILA |
| 3 | Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. | PRESENTAR CRONOGRAMA DEL MES | Formato Fisico |
| 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. | VERIFICAR EN CADA SOPORTE FÍSICO QUE SE TENGA EN EL MOMENTO DE LA DIGITACION QUE LA INFORMACION SEA CLARA, CONCISA, VERAZ, CONFIABLE PARA EL CORRECTO INGRESO AL SISTEMA. | Base de Datos SIVIGILA |
| 5 | Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal. | NO APLICA | No aplica |

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

Andres Mateus
**Firma del Contratista**

**C.C.** 1.030.550.187 **de** BOGOTA

| FIRMA DE LIDER O PROFESIOPNAL QUE VERIFICA LAS ACTIVIDADES | |
|---|---|
| **NOMBRE:** | GLORIA AMPARO BOGOTA AMAYA CC 39662706 |
| **CARGO:** | LIDER DE APOYO IVC |
| **FIRMA** | |
| **FIRMA SUPERVISOR DE CONTRATOS** | |
| **NOMBRE:** | JAVIER RICARDO PEÑUELA PEREZ CC 79913818 |
| **CARGO:** | PROFESIONAL ESPECIALIZADO 2 - REFERENTE DE PROCESO |
| **FIRMA** | |

Dr. Javier Ricardo Peñuela P.
Esp. Sanidad Animal

4441-2020



# Planillas / Resumen de pago

## Información básica de la planilla

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Empresa:** | ANDRES ROBERTO MATEUS CHACON | **Nit:** | 1030550187 |
| **Tipo planilla:** | I | **Periodo liquidación Pensiones** | Noviembre 2020 |
| **Sucursal o Dependencia:** | PRINCIPAL | **Periodo liquidación Salud:** | Noviembre 2020 |
| **Número de radicación:** | 47314421 | **Total a pagar:** | $289,100 |
| **Fecha de vencimiento:** | 21/12/2020 | **Total de empleados:** | 1 |
| **Fecha de pago:** | 11/12/2020 | **Número de administradoras:** | 3 |

## Detalles del pago

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón social recaudo:** | Compensar OI | **Nit recaudo:** | 9998600669427 |
| **Descripción:** | MiPlanilla.com Pago Proteccion Social | **Medio de pago:** | Pago Electronico por PSE |
| **Banco:** | BANCO BBVA COLOMBIA S.A. | **Número de aprobación:** | 827914275 |
| **Estado de la transacción:** | Transacción aprobada | | |

## Totales

| Código | NIT | Administradoras | No. Afillados | *Número de incapacidad por riesgos laborales | Valor descontado en incapacidad y/o licencia | Total pagado |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 14-7 | 860002503 | Cia. de Seguros Bolivar S.A. | 1 | | $0.00 | $22,800 |
| 25-14 | 900336004 | Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones | 1 | | $0.00 | $149,500 |
| EPS037 | 900156264 | Nueva Promotora de Salud - Nueva EPS | 1 | | $0.00 | $116,800 |
| | | | | | | **$289,100** |

*Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos

»Ver planillas pagadas

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

Exportar reporte a Excel  Exportar reporte a PDF

Imprimir transaccion

https://www.miplanilla.com/

Todos los derechos reservados © 2020 . Compensar - Cenet S.A.

compensar | miplanilla.com  Comfenalco Valle delagente

certicámara. Acerca de los certificados SSL  icontec ISO / IEC 27001 CO-SI006-1  icontec ISO 9001 CO-SC5892-16