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: 01
FECHA: 2017-07-07

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: PS-2069-2019 **C.D.P. No.:** 188 **Proceso al que per** PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC
Unidad a la que per SALUD PUBLICA -

Nombre del Contratista: MELCY YANIVE SARMIENTO BALLESTEROS **C.C.** 52.317.345 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2019-02-01 **Fecha Terminación incial:** 2019-03-03 **Valor Mensual:** $ 3.095.400 **Valor a cobrar:** $ 3.095.400

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 3.000.000	536	2019-03-04	2019-04-03
2	$ 8.986.200	738	2019-04-04	2019-06-03
3	$ 3.095.336	1611	2019-08-04	2019-09-03
4	$ 6.201.800	1901	2019-09-04	2019-10-15
5	$ 4.138.458	2561	2019-10-16	2019-11-20
6	$ 5.540.984	2988	2019-11-21	2020-01-03
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	FEBRERO	$ 3.000.000	$ 371.300	8332979599
2	MARZO	$ 3.000.000	$ 371.300	8333273869
3	ABRIL	$ 3.095.400	$ 371.300	8333885590
4	MAYO	$ 3.095.400	$ 383.200	8334735396
5	JUNIO	$ 3.095.400	$ 383.200	8335155707
6	JULIO	$ 3.095.336	$ 383.200	8335745933
7	AGOSTO	$ 3.095.400	$ 383.200	8336412351
8	SEPTIEMBRE	$ 3.095.400	$ 383.200	8337040630
9	OCTUBRE	$ 3.095.400	$ 383.200	8337674481
10	NOVIEMBRE	$ 3.095.400	$ 383.200	8338344319
11	DICIEMBRE	$ 3.095.400	$ 383.200	8338971655
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
$ 3.300.000	$ 34.262.778	$ 33.858.536	$ 404.242

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN INGENIERIA DE ALIMENTOS 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:** 2019-12-01 **Hasta:** 2019-12-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	1. Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE.	Desarrolle las actividades suscritas en el contrato.
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.	ACTAS DE VISITAS IVC A RESTAURANTES, CEVICHERÍAS, COMIDAS RAPIDAS: 49, SUPERMERCADOS 3, TERMINADOS 4, MUESTREO, OPERATIVO 1, ACTIVIDAD EDUCATIVA 2.
3	3. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.	Se envia a correo: lider operativo Lorena Herreño alimentosmartiessco@gmail.com el dia 3 de diciembre de 2019
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.	Apoye las actividades inherentes al objeto del contrato.
5	5. Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacios de vida o componente transversal. Contenidas en el	Apoye las actividades inherentes al objeto del contrato.
6		

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

MELCY SARMIENTO BALLESTEROS
Firma del Contratista

C.C 52.317.345 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	JAVIER RICARDO PEÑUELA PEREZ
CARGO:	REFERENTE VIGILANCIA SANITARIA
FIRMA	



PAGO DE FACTURAS

PILA BP

NUM APROBACION:11541866
NUM REFERENCIA:0000083338971655
NUM IDENTIFICACION:52317345
PERIODO: 2019-11
FECHA EFECTIVA:2019-12-07
VALOR: 383.200
SAB 7 DIC 19 13:11:10
341-03325987-157
785185-003824-644624-802260-42
CONSERVE ESTE TIQUETE. ES EL UNICO RECIBO OFICIAL DE PAGO.EN CASO DE RECLAMO LLAMAR A: A SU OPERADOR.
AGT 331558 CLR 55110016
04186060--557860

compensar | salud eps

EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) MELCY YANIVE SARMIENTO BALLESTEROS identificado(a) con cedula ciudadania 52.317.345, se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante independiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro	Semanas Cotizadas
20170301	No Registrada	389

Beneficiarios:

Nombre Beneficiario	Paren.	Identificación	Tipo de Identificación	Fecha de Afiliación	Fecha de Retiro	Estado Afiliación	Semanas Cotizadas
OMAR LAUREANO PINZON CALA	CP	19269214	CC	20170301	0	Activo	388
GABRIELA ALEJANDRA PINZON SARMIENTO	HI	1193579438	CC	20170301	0	Activo	388
CAMILA CATALINA PINZON SARMIENTO	HI	1010229317	CC	20170301	20190828	Retirado	388

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 7 días del mes de Diciembre de 2.019

Observaciones:

Con destino a:
A QUIÉN CORRESPONDA

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS.

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: TRANSACCIONES EN LINEA
12606341

CER-AFI

VIGILADO SUPERSALUD
VIGILADO SuperSubsidio

POST TEST CAPACITACION SARLAFT



POST TEST CAPACITACIÓN SARLAFT

Puntos totales: 100/100

El siguiente instrumento tiene como finalidad evaluar el conocimiento obtenido como resultado de la capacitación sobre el Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo - SARLAFT en cumplimiento de la Circular Externa 009 de 2016 de la Superintendencia Nacional de Salud y el Manual de Políticas y Procedimientos SARLAFT de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. Para tal fin, responda cada uno de los diez enunciados de acuerdo a los rangos propuestos con honestidad y tranquilidad.

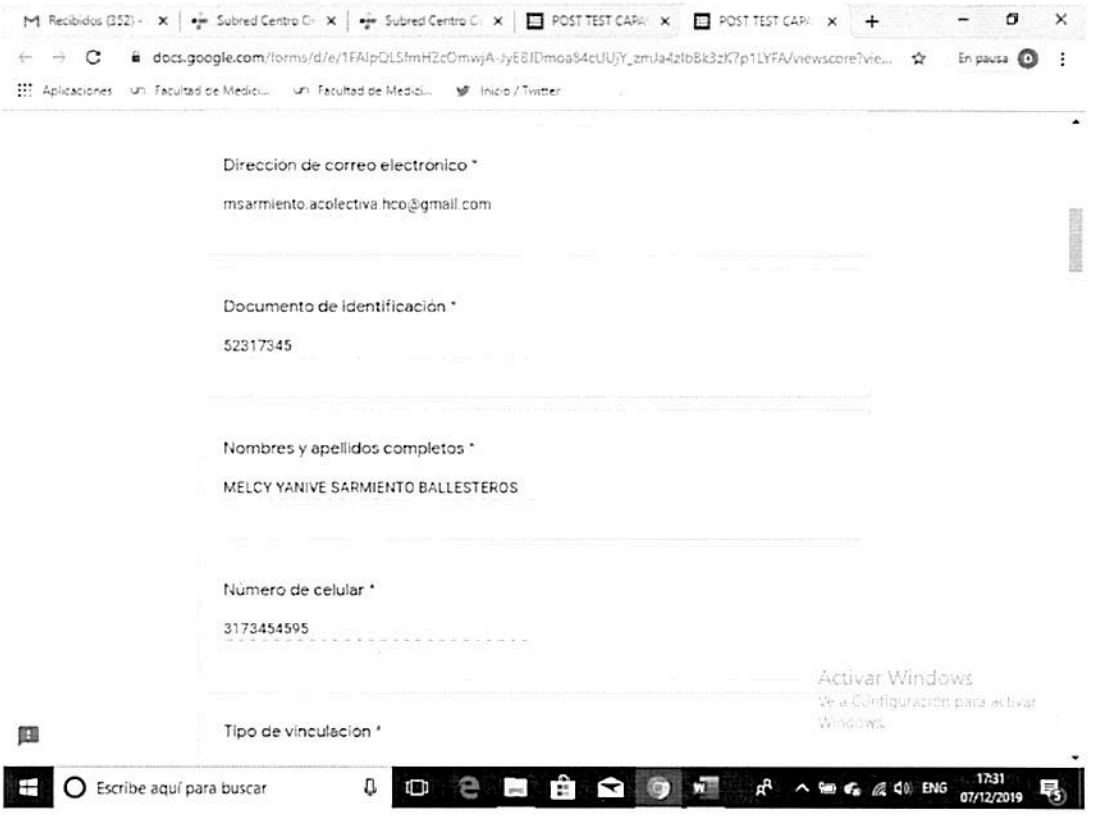
De conformidad con el marco normativo señalado anteriormente, tanto la capacitación como la respuesta al post-test son de carácter obligatorio para todo el personal de planta, Junta Directiva y el vinculado por Orden de Prestación de Servicios

Cada enunciado tiene un valor de 10 puntos y se superará la evaluación con un puntaje mínimo de 70/100.

El resultado de la evaluación debe ser impreso mediante un pantallazo (Impr Pant), en el caso de los colaboradores de planta y Junta Directiva deberán remitir copia del documentado generado al correo electrónico sarlaft@subredcentrooriente.gov.co

Para el personal vinculado mediante Orden de Prestación de Servicios y/o en proceso de contratación, deberán subir el resultado de la evaluación a la plataforma SECOP y enviar copia al correo electrónico sarlaft@subredcentrooriente.gov.co

Activar Windows
Ve a Configuración para activar Windows.



Dirección de correo electrónico *

msarmiento.acolectiva.hco@gmail.com

Documento de identificación *

52317345

Nombres y apellidos completos *

MELCY YANIVE SARMIENTO BALLESTEROS

Número de celular *

3173454595

Activar Windows
Ve a Configuración para activar Windows.

Tipo de vinculación *

Señor(es): MELCY YANIVE SARMIENTO BALLESTEROS
Nit: CC 52317345
Dirección: Calle 41 D No 78 N 54 Sur
Teléfono: 5517361 **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	MELCY YANIVE SARMIENTO
Tipo y número de identificación	52317345
Número de radicación planilla	8338971655
Fecha de pago	12/9/2019
Número de autorización de pago	11541866
Banco	1023
Valor Comisión	$0

Número de empleados	1
Periodo cotización salud	Noviembre 2019
Periodo cotización pensión	Noviembre 2019
Periodo cotización caja	Noviembre 2019
Número de administradoras	3
Total Pagado	$383.200
Total interes mora	$0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	$30.200	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	$198.200	1
EPS008	Compensar EPS	$154.800	1

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

om

RES	COD EPS	COD AFP	COD CAJA	NOVEDADES																		VALOR IBC				SUELDO INTEGRAL	EXTRANJERO	COLOMBIANO EN EXTERIOR	LIQUIDACION DE APORTES				
				ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	NUEVA EPS	NUEVA AFP	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC CAJAS	IBC RIESGOS				COTIZ PENSION	FONDO SOLIDAR PENSION	APORTE VOLUNT PENSION	COTIZ SALUD	UPC ADICIONAL
YANIVE	EPS008	25-14																				1.238.160	1.238.160	0	1.238.160	0			198.200	0	0	154.800	0

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