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:	PS1755-2019	**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 SU SALUD PUBLICA

Nombre del Contratista:	PAOLA CAROLINA DEVIA BUITRAGO	**C.C.**	1,026,257,506	**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	$ 2,788,936	2988	2019-11-21	2020-01-03
2	$ 1,442,838	3563	2020-01-04	2020-03-03
3	$ 1,599,290	597	2020-03-04	2020-04-03
4	$ 1,599,290	960	2020-04-04	2020-05-03
5	$ 1,599,290	1397	2020-05-04	2020-06-03
6	$ 1,853,093	1499	2020-06-04	2020-07-03
7	$ 4,540,866	1657	2020-07-01	2020-08-31
8	$ 4,394,030	2710	2020-09-01	2020-10-31
9	$ 1,480,597	3615	2020-11-01	2020-11-20
10	$ 728,358	3782	2020-11-21	2020-11-30
11	$ 1,098,480	3919	2020-12-01	2020-12-15
12	$ 2,232,835	4111	2020-12-16	2021-01-15
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	ENERO	$ 1,599,290	$ 256,300	8340106835
2	FEBRERO	$ 1,599,290	$ 271,700	8340732999
3	MARZO	$ 1,599,290	$ 271,700	8341400239
4	ABRIL	$ 1,599,290	$ 271,700	8342549354
5	MAYO	$ 1,599,290	$ 157,600	8342735611
6	JUNIO	$ 156,452	$ 157,600	8344052246
7		$ 1,982,090		
8	JULIO	$ 2,197,015	$ 271,700	8344179175
9	AGOSTO	$ 2,197,015	$ 272,100	8345248266
10	SEPTIEMBRE	$ 2,197,015	$ 272,100	8345457534
11	OCTUBRE	$ 2,197,015	$ 272,100	8346108866
12	NOVIEMBRE	$ 2,197,015	$ 272,100	8346736180
13	DICIEMBRE	$ 2,197,015	$ 272,100	8346736180
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
	$ 1,705,000	$ 41,992,510	$ 40,717,432	$ 1,275,078

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA DESARROLLANDO ACTIVIADADES 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:** 2020-12-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUTO O EVIDENCIA
1	Prestar sus cervicioa para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE.	1.Seguimientos COVID	1.Reporte en la base de seguimiento de actividades . 2.Soporte de evidencia de los casos probables en correo. seguimientocoronavirus2020@gmail.com y soporte de casos en el correo notificacionescovidco@gmail.com
2	Apoyar la prestacion de servicios en el Pic, presentando la informacion y/o soportes que soliciten y que corresponda al objeto y/o actividedes contractuales y de acuerdo a los anexos y lineamientos contenidos en el Contrato suscrito con el Fondo Distrital.	1.Realizacion a caso seguimiento COVID 19 2.Retroalimntacion de las bases en los correos asignados para esta actividad diariamente los casos y sus respectivos contactos.	1.Reporte en la base de seguimiento de actividades . 2.Soporte de evidencia de los casos probables en correo. seguimientocoronavirus2020@gmail.com y soporte de casos en el correo notificacionescovidco@gmail.com
3	Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.	1.Presentar actividades del mes correspondiente	1.Reporte de cronograma de actividades
4	Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidades dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estandares de habilitacion y acreditacion de servicios de salud.	1.Apoyo seguimiento diario a casos y contactos según asignacion de lider de vigilancia en salud publica encargada Asistencia a reunion de area 2..Seguimiento casos asignados COVID	1.En los respectivos correos se encuentra los casos asignados y reporte de llamadas telefonicas seguimientocoronavirus2020@gmail.com y en el correo notificacionescovidco@gmail.com
5	Realizar las visitas en campo deacuerdo a los anexos operativos de cada espacios de vida o componente trasversal. Contenidos en el formato de necesidad de contrato.	1.Asistencia a capacitaciones seguimientos COVID	1. Se evidencia en correo de notificacionescovidco@gmail.com

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

PAOLA DEVIA
Firma del Contratista

C.C. 1,026,257,506 **de** BOGOTA

FIRMA DEL LIEDER O PROFESIONAL QUE VERIFICA LAS ACTIVIDADES	
NOMBRE:	NELCY AYDEE FLOREZ PADILLA CC 51952482
CARGO:	LIDER OPERATIVO VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA
FIRMA	Nelcy Aydee Florez
VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	MARIA CRISTINA DUARTE GARZON CC 35376691
CARGO:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO EN SALUD
FIRMA	

PS- 1755-2019

Señor(es): PAOLA CAROLINA DEVIA BUITRAGO
Nit: CC 1026257506
Dirección: CR 78 A SUR 47 -3 0 APTO 101 TORRE A
Teléfono: 2998594 **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	PAOLA CAROLINA DEVIA B
Tipo y número de identificación	1026257506
Número de radicación planilla	8346736180
Fecha de pago	12/10/2020
Número de autorización de pago	6171816
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	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	$140.700	1
EPS008	Compensar EPS	$109.900	1

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



PAGO DE FACTURAS

PILA BP

NUM APROBACION: 061718116

NUM REFERENCIA: 0000000346736180

NUM IDENTIFICACION: 1026257506

PERIODO: 2020-11

FECHA EFECTIVA: 2020-12-10

VALOR: 272,100

JUE10 DIC 20 12:04:55

345-026737722-053

782444-401587-344621-023260-41

CONSERVE ESTE TIQUETE. ES EL UNICO RECIBO OFICIAL DE PAGO. EN CASO DE RECLAMO LLAMAR A:

A SU OPERADOR.

AGT 5488 CLR 39654270

061038053-4465660

Escaneado con CamScanner