OK 112

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 – GESTION 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 2246 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 -

Nombre del Contratista: NICOL JOHANNA BORRAY SANTOFIMIO **C.C.** 52.216.500 **de:** Bogotá DC

Fecha Inicio: 2019-02-01 **Fecha Terminación incial:** 2019-03-03 **Valor Mensual:** $ 3.714.480 **Valor a cobrar:** $ 3.714.480

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 3.600.000	536	2019-03-04	2019-04-03
2	$ 10.783.440	738	2019-04-04	2019-08-03
3	$ 3.714.256	1704	2019-08-04	2019-09-03
4	$ 7.439.960	1901	2019-09-04	2019-10-15
5	$ 4.966.098	2561	2019-10-16	2019-11-20
6	$ 6.650.977	2988	2019-11-21	2020-01-03
7	$ 3.351.107	3563	2020-01-04	2020-03-03
8	$ 4.198.977	189	2020-01-04	2020-03-03
9	$ 3.714.480	597	2020-03-04	2020-04-03
10	$ 3.714.480	960	2020-04-04	2020-05-03
11				
12				
13				
14				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	FEBRERO	$ 3.600.000	$ 445.500	8488448712
2	MARZO	$ 3.600.000	$ 445.500	8489114865
3	ABRIL	$ 3.714.480	$ 445.500	8490370280
4	MAYO	$ 3.714.480	$ 459.800	8491692706
5	JUNIO	$ 3.714.480	$ 459.800	8492595769
6	JULIO	$ 3.714.256	$ 459.800	8493575844
7	AGOSTO	$ 3.714.480	$ 459.800	8494754251
8	SEPTIEMBRE	$ 3.714.480	$ 459.800	8495896542
9	OCTUBRE	$ 3.714.480	$ 459.800	8497022233
10	NOVIEMBRE	$ 3.714.480	$ 459.800	8498161016
11	DICIEMBRE	$ 3.714.480	$ 459.800	8499245760
12	ENERO	$ 3.714.480	$ 459.800	9401039685
13	FEBRERO	$ 3.714.480	$ 459.800	9402006672
14	MARZO	$ 3.714.480	$ 459.800	9403065058
15	ABRIL	$ 3.714.480	$ 459.800	9404127942

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 3.960.000	$ 56.093.775	$ 55.488.016	$ 605.759

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS COMO ODONTOLOGO ESPECIALIZADO DESARROLLANDO ACTIVIDADES DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2020-04-01 **Hasta:** 2020-04-30

	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.	Entrega de productos de los lineamientos establecidos por la Secretaria Distrital de Salud a los diferentes auditores, actores y supervisores que realizan las auditorias respectivas
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.	Consolidación de la información del proceso Sistema de vigilancia epidemiológico de TRAMISIBLES notificación generados por este componente en vigilancia en salud publica , para el análisis de indicadores epidemiológicos, disponibilidad para los eventos de urgencias y emergencias; Participar en las reuniones convocadas por nivel central, Subred Centro Oriente, localidad y del proceso. Realizar IEC de trasmisibles en covid 19 informe y seguimientos correspondientes
3	3. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.	Se realiza entrega de Cronograma mensual de Actividades de acuerdo a lo estipulado, Informar a los coordinadores del sobre acciones realizadas y responder por la calidad y oportunidad de los datos. Plan de Acción y seguimiento al mismo mediante tableros de control Informes mensuales y trimestrales, envió de bases de datos e información con las caracteristicas de oportunidad, calidad del dato. Informes mensuales y trimestrales
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 estándares de habilitación y acreditación de servicios de salud.	Reunion Transmisibles 15 de abril de 2020, Acta firmada Reunion Area Epidemiologia 7 de Abril 2020, Acta Firmada Reunion de Alertas epidemiologicas 7 /14abril Acta Firmada
5	5. Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal.	Se realiza de manera mensual asistencias técnicas a las UPGDS escritas al sistema de vigilancia, además intervenciones de eventos de interés en salud con las caracteristicas de oportunidad calidad con sus respectivos informes

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. 52.216.500 **de** Bogotá DC

FIRMA DEL LIDER O PROFESIONAL QUE VERIFICA LAS ACTIVIDADES	
NOMBRE:	LADY VIVIANA RODRIGUEZ GALINDO CC52975862
CARGO:	LIDER OPERATIVO TRASMISIBLES
FIRMA	

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	MARIA CRISTINA DUARTE GARZON CC 35376691
CARGO:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO EN SALUD
FIRMA	

en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52216500		BORRAY SANTOFIMIO NICOL JOHANNA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 3A #39 - 41 apto 502	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3755061	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-03	2020-03	06724841	9404127942	I	2020/04/02	2020/04/06	BANCO DE OCCIDENTE	4	$470,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,485,792	$237,800			$1,485,792	$185,800			$1,485,792	$9,000			$1,485,792	$36,200		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,485,792	$237,800			$1,485,792	$185,800			$1,485,792	$9,000			$1,485,792	$36,200		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,485,792	$237,800			$1,485,792	$185,800			$1,485,792	$9,000			$1,485,792	$36,200		$0	$0
1	CC 52216500	BORRAY NICOL	25-14	30	$1,485,792	$237,800	EPS005	30	$1,485,792	$185,800	CCF24	30	$1,485,792	$9,000	14-7	30	$1,485,792	$36,200	30	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,485,792	$237,800			$1,485,792	$185,800			$1,485,792	$9,000			$1,485,792	$36,200		$0	$0

Banco AV Villas

BANCO AV VILLAS

TARJETA NRO. [illegible]9592

PLANILLA [illegible]
CODIGO FACTURADOR [illegible]06

FACTURA [illegible]

VALOR $ [illegible]

FECHA FACTURA : 2020/03
VR. PLANILLA : $ 470,400.00
VR. COMISION : $ 0.00
VR. IVA : $ 0.00
APLICA(MM/DD): 04/06

TRANSACCION EXITOSA [illegible]