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: OPS1845-2019 **C.D.P. No.:** 188 **Proceso al que pertenece:** PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC
Unidad a la que pertenece: ESPACIO VIVIENDA

Nombre del Contratista: SONIA VIVIANA MONTAÑEZ **C.C.** 46.385.979 **de:** SOGAMOSO

Fecha Inicio: 2019-02-01 **Fecha Terminación incial:** 2019-03-03 **Valor Mensual:** $ 3.570.149 **Valor a cobrar:** $ 3.570.149

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	2019-08-03
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	$ 2.792.589	3563	2020-01-04	2020-03-03
8	$ 3.095.400	597	2020-03-04	2020-04-03
9	$ 3.095.400	960	2020-04-04	2020-05-03
10	$ 3.325.400	1397	2020-05-04	2020-06-03
11	$ 3.192.345	1499	2020-06-04	2020-06-30
12	$ 7.129.047	1657	2020-07-01	2020-08-31
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	8488814238
2	MARZO	$ 3.000.000	$ 371.300	8489947741
3	ABRIL	$ 3.095.400	$ 371.300	8491043342
4	MAYO	$ 3.095.400	$ 383.200	8491789053
5	JUNIO	$ 3.095.400	$ 383.200	8492259872
6	JULIO	$ 3.095.336	$ 383.200	8494132558
7	AGOSTO	$ 3.095.400	$ 383.200	8495387648
8	SEPTIEMBRE	$ 3.095.400	$ 383.200	8496515292
9	OCTUBRE	$ 3.095.400	$ 383.200	8497707557
10	NOVIEMBRE	$ 3.095.400	$ 383.200	8498741236
11	DICIEMBRE	$ 3.095.400	$ 383.200	9400542913
12	ENERO	$ 1.547.700	$ 383.200	9401553562
13	FEBRERO	$ 1.547.700	$ 271.700	9402727738
14	MARZO	$ 3.095.400	$ 271.700	9403712822
15	ABRIL	$ 3.095.400	$ 383.200	9404845659
16	MAYO	$ 3.095.400	$ 222.200	9405863236
17	JUNIO	$ 302.814	$ 222.200	9406573939
18		$ 3.220.898		
19	JULIO	$ 3.570.149	$ 436.100	9408323865
20				
21				
22				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 3.300.000	$ 56.892.959	$ 53.333.997	$ 3.558.962

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN 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:** 2020-07-01 **Hasta:** 2020-07-30

	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.	Se efectua tamizaje para identificacion de covid 19 a tra ves de hisopado nasofaringeo.	1.Participacion de las reuniones virtuales convicadas por el area de vigilancia epidemiologica -vivenda .toma de muestras para colvid 19 por hisopado nasofaringeo e induccion a proceso de vigilancia epidemiologica por parte de la coordinacion. 2.Toma de pruebas covid 19 en localidades correspondientes a la sub red centro oriente segun programacion planteada .
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 contenido en el Contrato suscrito con el Fondo Financiero Distrital.	Investigacion epidemiologica de campo ,contactos referidos disponibles en el servidor de la carpeta SIVIGILA,reporte de laboratorio de casos ,realizacion de pruebas covid 19 en las localidades y familias priorizadas.	Realizar acompañamiento a las actividades presenciales requeridas en el marco de alerta amarilla en la qUe se encuentra la ciudad de bogota a razon de la introduccion del cirus covid 19 a colombia el cual fue declarada como pandemia por la OMS.
3	3. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.	1. Registro de Ficha de notificación, consentimiento informado, Encuentas y toma de muestras a población susceptible para covid 19 2. Entrega de cronograma de actividades del mes correspondiente.	Registro de ficha de notificacion,consentimineto informado,toma de muetras a poblacion suceptible para covid 19 . 2. entregar coronograma mensual de actividades desarrolladas.
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 estadares de habilitación y acreditación de servicios de salud.	Adherencia a lineamientos y oportunidades de mejora.	Realizar acompañamiento a las actividades presenciales requeridas en el marco de alerta amarilla en la qye se encuentra la ciudad de bogota a razon de la introduccion del cirus covid-19 a colombia el cual fue declarada como pandemia por la OMS.
5	5. Realizar las visitas en campo de acucerdo a los anexos opetarivos de cada espacio de vida o componente transversal.	Realizacion de prueba covid 19 en las localidades priorizadas.	Realizar busqueda activa de los pacientes sintomaticos y asintomaticos con comorbilidades para deteccion de covid 19.

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. 46.385.979 **de** SOGAMOSO

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	ANGELICA MARÍA MORENO TORRES C.C. No. 39.579.680
CARGO:	LIDER COMPONENTE GESTIÓN DEL RIESGO
FIRMA	

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS C.C. No. 52933672
CARGO:	REFERENTE ESPACIO VIVIENDA
FIRMA	

Escaneado con CamScanner

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
C 46385979		MONTAÑEZ GOMEZ SONIA VIVIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 12 a 71 c 61	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7777777	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
020-06	2020-06	21599631	9408323865	I	2020/07/17	2020/07/15	BANCO DE OCCIDENTE	0	$436,100

IQUIDACION 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	Dias	IBC	Aporte
ucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					**$1,409,200**	**$225,500**			**$1,409,200**	**$176,200**			**$0**	**$0**			**$1,409,200**	**$34,400**		**$0**	**$0**
entro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,409,200	$225,500			$1,409,200	$176,200			$0	$0			$1,409,200	$34,400		$0	$0
udad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,409,200	$225,500			$1,409,200	$176,200			$0	$0			$1,409,200	$34,400		$0	$0
1	CC	46385979	MONTAÑEZ SONIA	230301	30	$1,409,200	$225,500	EPS017	30	$1,409,200	$176,200		0	$0	$0	14-7	30	$1,409,200	$34,400	0	$0	$0
otal	**Afiliados(1)**				$1,409,200	$225,500			$1,409,200	$176,200			$0	$0			$1,409,200	$34,400		$0	$0

Sonia Montañez

Escaneado con CamScanner

Sonia Montoya



PAGO DE FACTURAS

PILA EP

NUM APROBACION:215996831

NUM REFERENCIA:00000009408832328865

NUM IDENTIFICACION:463859879

PERIODO: 2020-06

FECHA EFECTIVA:2020-07-14

VALOR: 436.100

MAR14 JUL 20 16:21:38

196-003095801-222

784141-501829-344621-648260-40

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

A SU OPERADOR.

AGT 14536 CLR 933698862

041504157-686758

Escaneado con CamScanner