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 3245 2021	**C.D.P. No.:**	304	**Proceso al que pertenece:**	AMBULATORIO- ENFERMERIA
				Unidad a la que pertenece:	UMHES VICTORIA
Nombre del Contratista:	ANDREA CAROLINA MUÑOZ ROJAS	**C.C.**	52.729.520	**de:**	Bogota
Fecha Inicio:	2021-02-04	**Fecha Terminación Incial:**	2021-03-31	**Valor Mensual:**	$ 1.550.400
Valor a cobrar:	$ 1.806.000				

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 1.986.600	776	2021-03-31	2021-04-30
2	$ 2.515.500	1217	2021-05-01	2021-05-31
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	FEBRERO	$ 1.702.800	$ 281.200	9415728652
2	MARZO	$ 1.892.000	$ 281.200	9416945905
3	ABRIL	$ 1.806.000	$ 281.200	9418262505
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 3.698.000	$ 8.200.100	$ 5.400.800	$ 2.799.300

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS DE ACUERDO A SU PERFIL ACADÉMICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES DE SU PROFESIÓN, CON DISPONIBILIDAD EN CUMPLIMIENTO DE LA MISIÓN Y VISIÓN DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2021-04-01 **Hasta:** 2021-04-30

	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 servicios como auxiliar de enfermería, en lo relacionado con actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, en actualización de bases de datos, asignación de citas, demanda inducida, seguimiento, vacunación, esterilización, desinfección de consultorios y demás procedimientos, actividades y reportes que se derivan de la atención, de acuerdo a demanda de servicios y según disponibilidad de tiempo, enmarcado dentro de los parámetros de calidad definidos en la normatividad vigente del sistema obligatorio de garantía de calidad en salud y acogiendo las guías y protocolos definidos por la subred.	Cumple con la actividad desde el servicio de seguimiento a gestantes, lactancia materna, las demas areas donde se le asigne sus actividades, registra oportunamente y aplica los protocolos establecidos por la Sub Red en cada una de sus actividades.	Nota de Enfermeria de historia clinica
2	Apoyar los procesos relacionados con SIVIGILA, IAAS, BAI, EEVV y seguimiento a cohortes.	Cumple con la actividad entregando oportunamente la informacion relacionada desde su area a las entes de control interno y externo.	Informe mensual a PAI de la Subred
3	Realizar actividades de educación a usuarios y familiares conforme a lo requerido en la subred.	Se realiza la actividad desde el proceso asignado a las usuarias que lo requieren.	Nota de Enfermeria de historia clinica
4	Cumplir con las normas de bioseguridad, limpieza y desinfección conforme a los protocolos y guías institucionales.	Se realiza esta actividad, aplica los protocolos y guias.	Se Evidencia en las actas de visita de infecciones y epidemiologia
5	Apoyar actividades relacionadas con el proceso de acreditación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro oriente E.S.E.	Cumple con la actividad, se refleja en el registro de los usuarios atendidos y las notas de enfermeria.	Actas de visita de Vacunacion PAI

Observaciones:

Andrea Muñoz.

Firma del Contratista

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.*

C. 52.729.520 **de** Bogota

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	DIANA ISABEL MORA MORALES

aportes 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 52729520		MUÑOZ ROJAS ANDREA CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KR 12B 32A-40SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2393871	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-03	2021-03	10707550	9418262505	I	2021/04/08	2021/04/05	BANCO DE OCCIDENTE	0	$281,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					**$908,526**	**$145,400**			**$908,526**	**$113,600**			**$0**	**$0**			**$908,526**	**$22,200**		**$0**	**$0**
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					**$908,526**	$145,400			**$908,526**	$113,600			$0	$0			$908,526	$22,200		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					**$908,526**	$145,400			**$908,526**	$113,600			$0	$0			$908,526	$22,200		$0	$0
1	CC	52729520	MUÑOZ ANDREA	230301	30	$908,526	$145,400	EPS008	30	$908,526	$113,600		0	$0	$0	14-11	30	$908,526	$22,200	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					**$908,526**	$145,400			**$908,526**	$113,600			$0	$0			$908,526	$22,200		$0	$0

2021/04/05 10:09 AM

aportes 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 52729520		MUÑOZ ROJAS ANDREA CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KR 12B 32A-40SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2393871	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-03	2021-03	10707550	9418262505	I	2021/04/08	2021/04/05	BANCO DE OCCIDENTE	0	$281,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$145,400	$0	$0	$145,400
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$145,400	$0	$0	$145,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$22,200	$0	$0	$22,200
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$22,200	$0	$0	$22,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$113,600	$0	$0	$113,600
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$113,600	$0	$0	$113,600
TOTAL				**1**	**$281,200**	**$0**	**$0**	**$281,200**

2021/04/05 10:09 AM