

	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 Inclal: 2021-03-31	Valor Mensual: \$ 1.550.400 Valor a cobrar: \$ 1.754.400

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	\$ 1.986.600	776	2021-03-31	2021-04-30	1	FEBRERO	\$ 1.702.800	\$ 281.200	9415728652
2	\$ 2.515.500	1217	2021-05-01	2021-06-15	2	MARZO	\$ 1.892.000	\$ 281.200	9416945905
3	\$ 3.392.700	1776	2021-06-15	2021-08-15	3	ABRIL	\$ 1.806.000	\$ 281.200	9418262505
4					4	MAYO	\$ 1.677.000	\$ 281.200	9419542879
5					5	JUNIO	\$ 1.806.000	\$ 281.200	9420729871
6					6	JULIO	\$ 1.754.400	\$ 281.200	9421740031
7					7				
8					8				
9					9				
10					10				
11					11				
12					12				

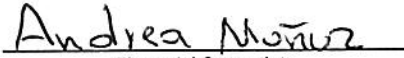
Resumen de contrato	VALOR INICIAL DEL CONTRATO \$ 3.698.000	VALOR TOTAL DEL CONTRATO \$ 11.592.800	PAGOS REALIZADOS \$ 10.638.200	SALDO DEL CONTRATO \$ 954.600
----------------------------	---	--	--	---

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: 2021-07-01	Hasta: 2021-07-31

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS <small>(Las estipuladas en la minuta)</small>	DESCRIPCION DEL DESARROLLO <small>ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN</small>	PRODUCTO 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 demás áreas 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 Enfermería de historia clínica
2 Apoyar los procesos relacionados con SIVIGILA, IAAS, BAI, EEV y seguimiento a cohortes.	Cumple con la actividad entregando oportunamente la información relacionada desde su área 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 Enfermería de historia clínica
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 guías.	Se Evidencia en las actas de visita de infecciones y epidemiología
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 enfermería.	Actas de visita de Vacunacion PAI

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.

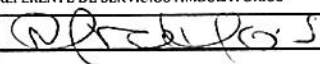

Firma del Contratista

C.

52.729.520

de

Bogota

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	DIANA ISABEL MORA MORALES
CARGO:	REFERENTE DE SERVICIOS AMBULATORIOS
FIRMA	

DATOS GENERALES DE APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 32729520		MUÑOZ ROJAS ANDREA CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KR 12B 32A-40SUR	BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.	2393871	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo		Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2021-06	2021-06	36133055	9421740031	I	2021/07/07	2021/07/01	BANCO DE OCCIDENTE	0	\$281,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte		
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)										\$908,526	\$145,400			\$908,526	\$113,600			\$908,526	\$22,200		\$0		
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)										\$908,526	\$145,400			\$908,526	\$113,600			\$908,526	\$22,200		\$0		
Ciudad: BOGOTÁ Depto: BOGOTÁ D.E. (1 Afiliados)										\$908,526	\$145,400			\$908,526	\$113,600			\$908,526	\$22,200		\$0		
1	CC 32729520	MUÑOZ ANDREA	230301	30		\$145,400	EP5008	30		\$908,526		0		\$0	14-11	30		\$908,526	\$22,200	0	\$0		
Total Afiliados(1)										\$908,526	\$145,400			\$908,526	\$113,600			\$908,526	\$22,200		\$0		

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 5279520		MUÑOZ ROJAS ANDREA CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KR 12B 32A-40SUR	BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.	2393871	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo	Clave	Tipo	Fecha	Pago	Valor
Pensión	Salud	Planilla	Limite	Pago	Valor
2021-06	3613055	9421740031	2021/07/07	2021/07/01	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	\$145,400	\$145,400
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$145,400	\$0	\$145,400	\$145,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$22,200	\$0	\$22,200	\$22,200
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$22,200	\$0	\$22,200	\$22,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$113,600	\$0	\$113,600	\$113,600
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	\$113,600	\$0	\$113,600	\$113,600
TOTAL				1	\$281,200	\$0	\$0	\$281,200

Cuenta de cobro 006 - 2021

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD
CENTRO ORIENTE E.S.E.**

Nit. 900.959.051-7

DEBE A:

Andrea carolina Muñoz Rojas
C.C. 52729520 de Bogotá

LA SUMA DE:

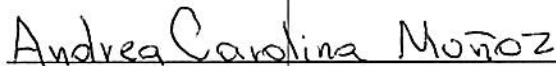
**Un millón setecientos cincuenta y cuatro mil cuatrocientos pesos
(\$1.754.400)**

Por concepto de:

- Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No PS 3245 de 2021 correspondiente del 1 al 31 de julio de 2021

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

Cordialmente,



Andrea Carolina Muñoz Rojas

C.C. 52.729.50

Teléfono: 3124093968

No Cuenta: 052923807 ahorros AV VILLAS

Fecha: 31/Julio /2021