



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  
VERSION: 02  
FECHA: 2020-05-04

### I. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

|                         |                          |                            |            |                           |                                      |
|-------------------------|--------------------------|----------------------------|------------|---------------------------|--------------------------------------|
| No. CONTRATO - OPS:     | PS - 3247/2021           | C.D.P. No.:                | 304        | Proceso al que pertenece: | MISIONAL - HOSPITALIZACIÓN URGENCIAS |
|                         |                          | Unidad a la que pertenece: |            |                           | CAPS SAMPER MENDOZA                  |
| Nombre del Contratista: | LUZ MARINA MUÑOZ RAMIREZ |                            |            | C.C.                      | 52.733.162                           |
|                         |                          |                            |            | de:                       | BOGOTA                               |
| Fecha Inicio:           | 2021-02-18               | Fecha Terminación Inicial: | 2021-03-31 | Valor Mensual:            | \$ 6.552.000                         |
|                         |                          |                            |            | Valor a cobrar:           | \$ 1.806.000                         |

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|------------------|---------------|-----|-----------------|----------------------|
| 1                | \$ 1.806.000  |     | 2021-04-01      | 2021-04-30           |
| 2                | \$ 2.906.800  |     | 2021-05-01      | 2021-06-30           |
| 3                | \$ 3.414.200  |     | 2021-07-01      | 2021-08-30           |
| 4                | \$ 2.201.600  |     | 2021-09-01      | 2021-09-30           |
| 5                | \$ 903.000    |     | 2021-10-01      | 2021-10-31           |
| 6                | \$ 903.000    |     | 2021-10-01      | 2021-10-14           |
| 7                | \$ 903.000    |     | 2021-10-15      | 2021-10-31           |
| 8                |               |     |                 |                      |
| 9                |               |     |                 |                      |
| 10               |               |     |                 |                      |
| 11               |               |     |                 |                      |
| 12               |               |     |                 |                      |
| 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                | \$ 1.806.000  | \$ 281.200                  | 4371677974         |
| 2      | MARZO                  | \$ 1.806.000  | \$ 281.200                  | 4375651546         |
| 3      | ABRIL                  | \$ 1.806.000  | \$ 281.200                  | 4379266213         |
| 4      | MAYO                   | \$ 1.806.000  | \$ 281.200                  | 4384884413         |
| 5      | JUNIO                  | \$ 1.806.000  | \$ 281.200                  | 4389315361         |
| 6      | JULIO                  | \$ 1.806.000  | \$ 281.200                  | 4393028349         |
| 7      | AGOSTO                 | \$ 1.806.000  | \$ 281.200                  | 4400544892         |
| 8      | SEPTIEMBRE             | \$ 1.806.000  | \$ 281.200                  | 4405077419         |
| 9      | OCTUBRE                | \$ 1.806.000  | \$ 281.200                  | 4409782354         |
| 10     |                        |               |                             |                    |
| 11     |                        |               |                             |                    |
| 12     |                        |               |                             |                    |
| 13     |                        |               |                             |                    |
| 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 |
|                     | \$ 3.612.000               | \$ 16.649.600            | \$ 16.254.000    | \$ 395.600         |

### 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 LA VISIÓN DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Relación de actividades para el periodo: Desde: 2021-10-01 Hasta: 2021-10-31

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS<br>(Las asignadas en la muestra) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO<br>ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN                                                                                                                                                                          |  | 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 incluida, 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. | SE REALIZA PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD en actualización de bases de datos, asignación de citas, demanda incluida, seguimiento, vacunación, esterilización, desinfección de consultorios y demás procedimientos, actividades y reportes que se derivan de la atención. |  | CONSENTIMIENTO INFORMADO, FORMATO DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN MI - TV - FT - 052 |
| 2                                                         | Apoyar los procesos relacionados con SIVIGILA, IAAS, BAI, EEV y seguimiento a cohortes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | SE REALIZA SEGUIMIENTOS A COHORTE PARA PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN                                                                                                                                                                                                                     |  | INFORME RPM MENSUAL                                                             |
| FOR MA TO                                                 | Realizar actividades de educación a usuarios y familiares conforme a lo requerido en la subred                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | SE REALIZA CAPACITACIÓN DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN                                                                                                                                                                                                                                 |  | FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO MI - FC - FT - 013                          |
| 4                                                         | Cumplir con las normas de bioseguridad, limpieza y desinfección conforme a los protocolos y guías institucionales.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | PROTOCOLO DE DESINFECCIÓN TENIENDO EN CUENTA EL PROTOCOLO DE LA INSTITUCIÓN, POR CONSULTORIO                                                                                                                                                                                      |  | FORMATO DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN MI - TV - FT - 052                           |
| 5                                                         | Apoyar actividades relacionadas con el proceso de acreditación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro oriente E.S.E.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | MANEJO DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN PARA LA ACREDITACIÓN, DESDE EL TRATO HUMANIZADO                                                                                                                                                                                                  |  | FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO MI - FC - FT - 013                          |
| 6                                                         | Realizar de manera oportuna y eficaz las funciones específicas mencionadas con el objetivo de garantizar la adecuada atención de pacientes de una manera eficiente y altamente humanizada, apoyando y gestionando de manera constante en el fortalecimiento de las Subredes en el Modelo de Atención, en las 4 Subredes Integradas de Servicios de Salud de Bogotá, como apoyo del convenio Interadministrativo No. 603 de 2010.                                                                                                                                                                                                                       | ORIENTACIÓN DESDE LOS PRINCIPIOS DEL CUIDADO DEL MENOR FRENTE A LA PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN, CUIDADOS POS VACUNACIÓN DE LOS NIÑOS Y NIÑAS, DE LA MISMA FORMA CAPACITACIÓN AL ADULTO FRENTE A SU PROTOCOLO DE VACUNACIÓN Y CUIDADOS BÁSICOS                                          |  | FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO MI - FC - FT - 013                          |

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

C.C. 52.733.162 de BOGOTA

*Luz M. Muñoz*  
Firma del Contratista

#### VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS

|         |                                     |
|---------|-------------------------------------|
| NOMBRE: | ENANA NALICIA BARRAS                |
| CARGO:  | Lider Gedes - Supervisora contratos |
| FIRMA:  | <i>[Firma]</i>                      |

Cuenta de cobro 010 - 2021

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

Nit. 900.959.051-7

**DEBE A:**

**LUZ MARINA MUÑOZ RAMÍREZ**

C.C. 52.733.162 de Bogotá

**LA SUMA DE:**

**UN MILLON OCHOCIENTOS SEIS MIL PESOS (\$1.806.000)** ✓

Por concepto de:

Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No PS  
3247 de 2021 correspondiente a los días 01 al 31 de Octubre 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,**



**LUZ MARINA MUÑOZ RAMÍREZ**

C.C: 52733162

Teléfono: 3192925867

Dirección: CALLE 33 SUR 1 57 ESTE

Número de cuenta: 00130178000200259479

Tipo de cuenta: AHORROS

Banco: BBVA

Fecha: 31/10/2021

[illegible]

Plata Pagada