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 6527 2021 **C.D.P. No.:** 1750 **Proceso al que pertenece:** PROCESO ASISTENCIAL
Unidad a la que pertenece: UMHES SANTA CLARA

Nombre del Contratista: LILIANA ROCIO GIL RODRIGUEZ **C.C.** 52.538.930 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2021-06-25 **Fecha Terminación incial:** 2021-08-15 **Valor Mensual:** $ 1.845.180 **Valor a cobrar:** $ 1.845.180

ADICIÓN/ OTROSI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 2.805.408	2395	16/08/2021	15/09/2021
2	$ 862.920	2859	16/09/2021	30/09/2021
3	$ 881.280	3067	01/10/2021	15/10/2021
4	$ 1.661.580	3256	16/10/2021	31/10/2021
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	JULIO	$ 1.817.640	$ 336.800	9421334930
2	AGOSTO	$ 1.854.360	$ 336.800	9422493290
3	SEPTIEMBRE	$ 1.918.620	$ 336.800	9423683618
4	OCTUBRE	$ 1.845.180	$ 336.800	9424916928
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 2.959.632	$ 9.170.820	$ 7.435.800	$ 1.735.020

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO DE MANERA PERSONAL Y AUTÓNOMA, EN SU CONDICIÓN DE TÉCNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERÍA, PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LOS PROCESOS DE GESTIÓN AMBULATORIA Y RIESGO, CONFORME A LAS NECESIDADES 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 (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Atender y orientar a los pacientes y sus familiares en relación con sus necesidades y expectativas de acuerdo con las políticas institucionales y las normas vigentes.	Atendio y orientar a los pacientes y sus familiares en relación con sus necesidades y expectativas de acuerdo con las políticas institucionales y las normas vigentes.	PROGRAMACIÓN CUADRO DE ACTIVIDADES
2	Realizar las actividades de enfermería y las asignadas por el enfermero profesional, de acuerdo con los procedimientos y protocolos del servicio de consulta externa.	Realizo las actividades de enfermería y las asignadas por el enfermero profesional, de acuerdo con los procedimientos y protocolos del servicio de consulta externa.	PROGRAMACIÓN CUADRO DE ACTIVIDADES
3	Verificar las agendas de programación de consulta por especialidad.	Verifico las agendas de programación de consulta por especialidad.	PROGRAMACIÓN CUADRO DE ACTIVIDADES
4	Estar pendiente de las novedades que puedan presentar los especialistas (como cambios de agendas, etc.).	Estubo pendiente de las novedades que puedan presentar los especialistas (como cambios de agendas, etc.).	PROGRAMACIÓN CUADRO DE ACTIVIDADES
5	Verificar que las ordenes de procedimientos esté correctamente diligenciado y facturado según los procedimientos solicitados (cantidades).	Verifico que las ordenes de procedimientos esté correctamente diligenciado y facturado según los procedimientos solicitados (cantidades).	PROGRAMACIÓN CUADRO DE ACTIVIDADES
6	. Propender por el cuidado y salvaguarda de los equipos biomédicos, así como la verificación del funcionamiento de los mismos.	Propendio por el cuidado y salvaguarda de los equipos biomédicos, así como la verificación del funcionamiento de los mismos.	PROGRAMACIÓN CUADRO DE ACTIVIDADES
7	Estar pendiente de la dotación de insumos del consultorio a cargo, así como de las fechas de vencimiento y demás requerimientos necesarios.	Estubo pendiente de la dotación de insumos del consultorio a cargo, así como de las fechas de vencimiento y demás requerimientos necesarios.	PROGRAMACIÓN CUADRO DE ACTIVIDADES
8	Realización de inventario diario de los consultorios asignados.	Realizo de inventario diario de los consultorios asignados.	PROGRAMACIÓN CUADRO DE ACTIVIDADES
9	Mantener el área y los equipos de los consultorios en las condiciones adecuadas de aseo y limpieza.	Mantuvo el área y los equipos de los consultorios en las condiciones adecuadas de aseo y limpieza.	PROGRAMACIÓN CUADRO DE ACTIVIDADES
10	Asistir al médico especialista en la realización de los procedimientos.	Asistio al médico especialista en la realización de los procedimientos.	PROGRAMACIÓN CUADRO DE ACTIVIDADES
11	verificar que el consentimiento informado este debidamente diligenciado y firmado por el paciente antes de iniciar el procedimiento.	verifico que el consentimiento informado este debidamente diligenciado y firmado por el paciente antes de iniciar el procedimiento.	PROGRAMACIÓN CUADRO DE ACTIVIDADES
12	Entregar y verificar los reportes de los procedimientos realizados a todos los usuarios.	Entrego y verificar los reportes de los procedimientos realizados a todos los usuarios.	PROGRAMACIÓN CUADRO DE ACTIVIDADES
13	Aplicar los procesos de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad.	Aplico los procesos de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad.	PROGRAMACIÓN CUADRO DE ACTIVIDADES
14	Revisar y hacer seguimiento de condiciones de los consultorios, teniendo en cuenta estándares de habitación.	Reviso y hacer seguimiento de condiciones de los consultorios, teniendo en cuenta estándares de habitación.	PROGRAMACIÓN CUADRO DE ACTIVIDADES
15	0	0	0
16	0	0	0

REALIZO 201 HORAS CONSULTA EXTERNA UMHES SANTA CLARA

Liliana Gil Rodriguez
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.C. 52.538.930 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	SANDRA ISABEL LOAIZA GONZALEZ
CARGO:	ENFERMERO CÓDIGO 243 GRADO 20
FIRMA	

Cuenta de cobro 004 - 2021

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

Nit. 900.959.051-7

DEBE A:

LILIANA ROCIO GIL RODRIGUEZ
C.C. 52.538.930 de Bogotá

LA SUMA DE:

Un Millón Ochocientos Cuarenta y Cinco Mil Ciento Ochenta Pesos m/cte
($1.845.180)

Por concepto de:

- Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No PS 6527 2021 correspondiente del 01 al 31 de octubre 2021.

OBJETO: PRESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO DE MANERA PERSONAL Y AUTÓNOMA, EN SU CONDICIÓN DE TÉCNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERÍA, PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LOS PROCESOS DE GESTIÓN AMBULATORIA Y RIESGO, CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Cordialmente,

Liliana Gil Rodriguez

LILIANA ROCIO GIL RODRIGUEZ
C.C. 52538930
Teléfono: 3112687859
No Cuenta: 90150900440 - ahorros Banco Sudameris

Fecha: 31/Octubre/2021

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 52538930		GIL RODRIGUEZ LILIANA ROCIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cll 22 c no 91 53	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2678245	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-09	2021-09	15212747	9424916928	I	2021/10/08	2021/10/04	BANCO DE OCCIDENTE	0	$336,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (2 Afiliados)						$908,526	$145,400			$908,526	$169,200			$0	$0			$908,526	$22,200		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (2 Afiliados)						$908,526	$145,400			$908,526	$169,200			$0	$0			$908,526	$22,200		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (2 Afiliados)						$908,526	$145,400			$908,526	$169,200			$0	$0			$908,526	$22,200		$0	$0
1	CC	79908753	GIL CESAR		0	$0	$0	EPS005	30	$0	$55,600		0	$0	$0		0	$0	$0	0	$0	$0
2	CC	52538930	GIL LILIANA	231001	30	$908,526	$145,400	EPS005	30	$908,526	$113,600		0	$0	$0	14-7	30	$908,526	$22,200	0	$0	$0
Total	**Afiliados(2)**					$908,526	$145,400			$908,526	$169,200			$0	$0			$908,526	$22,200		$0	$0