7619

OK

**Cuenta de cobro 001- 2021**

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

**Nit. 900.959.051-7**

**DEBE A:**

DIANA PATRICIA CABRERA

C.C. 50.917.656 de ***Montería***

**LA SUMA DE:**

OCHOCIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL CIENTO CUARENTA Y CUATRO PESOS M/CTE

($ 864.144)

Por concepto de:

Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No PS 7619- 2021 correspondiente al mes de **OCTUBRE** de 2021.

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR ENFERMERÍA II DE APOYO A LA GESTIÓN PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E CONVENIO 016 2021.

**Cordialmente.**

Diana P. Cabrera

DIANA PATRICIA CABRERA

**C.C.:** 50.917.656 de Montería
**TELEFONO:** 3124995798
**DIRECCION**: CRA 2 ESTE 79 15
**NUMERO DE CUENTA:** 24097552462 DE AHORROS
**BANCO:** BANCO CAJA SOCIAL
**FECHA DE GENERACION DE CUENTA:** 31/10/2021

## 1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| CONTRATO - OPS: | PS 7619 2021 | C.D.P. No.: | 3401 | Proceso al que pertenece: | CONVENIO 0016 -2021 |
| | | | | Unidad a la que pertenece: | UHMES SANTA CLARA |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Nombre del Contratista: | DIANA PATRICIA CABRERA | C.C. | 50.917.656 | de: | BOGOTA |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Fecha Inicio: | 2021-10-19 | Fecha Terminación incial: | 2021-11-18 | Valor Mensual: | $ 2.232.372 | Valor a cobrar: | $ 864.144 |

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 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 | OCTUBRE | $ 864.144 | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 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 |
|---|---|---|---|---|
| | $ 2.232.372 | $ 2.232.372 | $ 864.144 | $ 1.368.228 |

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

**OBJETO DEL CONTRATO**

PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR ENFERMERÍA II DE APOYO A LA GESTIÓN PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E CONVENIO 016 2021.

**Relación de actividades para el periodo:** **Desde:** 2021-10-19 **Hasta:** 2021-10-31

| | OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta) | DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 1 | Asistir al Comité de Cuidado | Se asiste a capacitaciones y retroalimantacion a cargo de la SDS y SUBRED CENTRO ORIENTE | Actas de Reunion ,listados de asistencia |
| 2 | Acompañar la construcción de las Recomendaciones de Cuidado en las familias do prioridad alta. | Se asiste a capacitaciones y retroalimantacion a cargo de la SDS y SUBRED CENTRO ORIENTE | Actas de Reunion ,listados de asistencia |
| 3 | Imprimir las Recomendaciones de Cuidado para las familias con prioridad alta y media | Se asiste a capacitaciones y retroalimantacion a cargo de la SDS y SUBRED CENTRO ORIENTE | Actas de Reunion ,listados de asistencia |
| 4 | . Concertar telefónicamente con cada familia preferiblemente con la persona que atendió la visita del Grupo Base, el momento y el día en el que puede presentar y hacer entrega de las Rocomendaciones de Cuidado | Se asiste a capacitaciones y retroalimantacion a cargo de la SDS y SUBRED CENTRO ORIENTE | Actas de Reunion ,listados de asistencia |
| 5 | Desplazarse a la casa de las familias con prioridad alta y media | Se asiste a capacitaciones y retroalimantacion a cargo de la SDS y SUBRED CENTRO ORIENTE | Actas de Reunion ,listados de asistencia |
| 6 | Otras actividddades que la subred requiera segun la operatividad de AMED, Lineamientos para cumplimiento de metas y productos | Se asiste a capacitaciones y retroalimantacion a cargo de la SDS y SUBRED CENTRO ORIENTE | Actas de Reunion ,listados de asistencia |

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

Diana P. Cabrera
Firma del Contratista

C.C. 50.917.656 de BOGOTA

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS | |
|---|---|
| NOMBRE: | EDILSA ESTHER MAURY BELLO |
| CARGO: | DIRECCION SERVICIOS AMBULATORIOS |
| FIRMA | |

# CERTIFICA

Que la señora CABRERA DIANA PATRICIA con documento de identidad CC 50917656 se encuentra activo en nuestra base de datos del REGIMEN CONTRIBUTIVO en la ciudad de BOGOTA desde 15 de Marzo de 2021, sin ninguna discapacidad.

Se expide a los 11 de Noviembre de 2021 a solicitud del interesado.

Información adicional en nuestra línea de atención al usuario
01 8000 122219

NO VALIDA PARA TRAMITES LABORALES

Cordialmente,

ANDREA ROMERO VALENZUELA
COORDINADORA DE SERVICIO AL CLIENTE
CAPITAL SALUD EPS-S