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 7858 2021	C.D.P. No.:	3400	Proceso al que pertenece:	DIRECCIÓN DE SALUD
				Unidad a la que pertenece:	SANTA CLARA
Nombre del Contratista:	LORENA CECILIA GONZALEZ SUAREZ	C.C.	22,519,501	de:	BARRANQUILLA
Fecha Inicio:	05/11/2021	Fecha Terminación incial:	31/12/2022	Valor Mensual:	$ 3,329,400
Valor a cobrar:	$ 2,774,500				

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				

N° CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	PLANILLA
1	Noviembre	$ 2,774,500	certificado	certificado
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 46,278,660	$ 46,278,660	$ 2,774,500	$ 43,504,160

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS COMO ENFERMERA GESTIÓN CLÍNICA ADMINISTRATIVA DE APOYO A LA GESTIÓN PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E CONVENIO 0011 EPOC

Relación de actividades para el periodo: Desde: 2021-11-05 Hasta: 2021-11-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1. Realizar ronda diariamente en los servicios con el fin de controlar actividades, mejorar la relación enfermera - paciente y liderar las relaciones de servicios.	Reuniones de capacitacion e induccion	Actas de Reunion
2	2. Apoyar la supervisión y coordinación en el servicio prestado por enfermería y camilleros, tomando las medidas necesarias para corregir las fallas que se presenten.	Reuniones de capacitacion e induccion y apoyo en la supervision	Actas de Reunion
3	3. Realizar acompañamiento permanentemente al cumplimiento del protocolo de recibo y entrega de turno por parte del personal de enfermería y camilleros tomando las medidas pertinentes.	Cronograma de Actividades	Cronograma
4	4. Verificar que el personal de enfermería lleve al día las historias clínicas con las anotaciones respectivas y de acuerdo al procedimiento establecido por el comité de Historias clínicas	Reuniones de capacitacion e induccion y apoyo en la supervision	Actas de Reunion
5	5. Apoyar la implementación del sistema de gestión de calidad institucional.	Reuniones de capacitacion e induccion y apoyo en la supervision	Actas de Reunion
6	6. Apoyar la capacitación de los profesionales y técnicos del servicio en conocimientos y técnicas de enfermería	Reuniones de capacitacion e induccion y apoyo en la supervision	Actas de Reunion
7	7. Establecer comunicación efectiva directa con los miembros del equipo que permita compartir información e ideas en condiciones de respeto y cordialidad propiciando un clima laboral favorable en el servicio	Reuniones de capacitacion e induccion y apoyo en la supervision	Actas de Reunion
8	8. Hacer parte del proceso de inducción al personal nuevo.	Reuniones de capacitacion e induccion	Actas de Reunion
9	9. Realizar, verificar y controlar las listas de turnos y actividades informado las novedades que se presenten.	Reuniones de capacitacion e induccion	Actas de Reunion

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

Lorena Gonzalez Suarez
Firma del Contratista

C.C. 22,519,501 **de** BARRANQUILLA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	HECTOR JAVIER QUIÑONES ALBARRACIN
CARGO:	DIRECTOR HOSPITALARIO
FIRMA	

Cuenta de cobro (01) - 2021

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

Nit. 900.959.051-7

DEBE A:
LORENA CECILIA GONZALEZ SUAREZ

C.C. 22519501 DE BARRANQUILLA

LA SUMA DE:
DOS MILLONES SETESIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL QUINIENTOS PESOS

($2.774.500)

Por concepto de:

- Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No PS 7858 2021 correspondiente al mes de Noviembre.

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS COMO ENFERMERA GESTIÓN CLÍNICA ADMINISTRATIVA DE APOYO A LA GESTIÓN PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E CONVENIO 0011 EPOC

Cordialmente,

Lorena González Suárez

LORENA GONZALEZ SUAREZ
C.C 22519501
Teléfono: 3002061629
Dirección: CARRERA 89 A BIS N 8 A 18 APT 901
Número de cuenta: 488403971259
Tipo de cuenta: Ahorros
Banco: Davivienda
Fecha de generación de cuenta: Noviembre 2021

Colpensiones
Ven por tu futuro ya

El futuro es de todos
Gobierno de Colombia

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **LORENA CECILIA GONZALEZ SUAREZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **22519501,** se encuentra afiliado/a desde **01/01/2019** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES.**

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 19 de noviembre de 2021.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

compensar | salud eps

EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) LORENA CECILIA GONZALEZ SUAREZ identificado(a) con cedula ciudadania 22.519.501, se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar por la Empresa CORPORACION HOSPITALARIA JUAN CIUDAD NIT 900210981, en calidad de Dependiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20170124	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 19 días del mes de Noviembre de 2.021

Observaciones:

Con destino a:
A QUIÉN CORRESPONDA

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO
17310286

CER-AFI

VIGILADO Supersalud

VIGILADO SuperSubsidio