Cuenta de cobro 001 - 2021

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

Nit. 900.959.051-7

DEBE A:

ANYELICA ROCHA GUITIERREZ

C.C. 1.082.904.813 DE SANTA MARTA

LA SUMA DE:

NOVECIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL CIENTO SESENTA Y CUATRO PESOS M/CTE

($984.164)

Por concepto de:

Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No PS 8043 2021 correspondiente al mes de **NOVIEMBRE** de 2021.

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

Cordialmente.

Anyelica Rocha G.

C.C. 1.082.904.813
TELEFONO: 3043260438
DIRECCION: CL 25 SUR # 9-20 ESTE
NUMERO DE CUENTA: 488418483316
BANCO: DAVIVIENDA
FECHA DE GENERACION DE CUENTA:30 DE NOVIEMBRE DE 2021

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 8043 2021	C.D.P. No.:	3728	Proceso al que pertenece:	CONVENIO 0016 2021
				Unidad a la que pertenece:	UHMES SANTA CLARA

Nombre del Contratista: ANYELICA ROCHA GUTIERREZ **C.C.** 1.082.904.813 **de:** SANTA MARTA

Fecha Inicio: 2021-11-19 **Fecha Terminación incial:** 2022-01-15 **Valor Mensual:** $ 2.232.372 **Valor a cobrar:** $ 984.164

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	NOVIEMBRE	$ 984.164	$ 121.900	8616409778
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
$ 4.241.507	$ 4.241.507	$ 984.164	$ 3.257.343

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA II DE APOYO A LA GESTIÓN PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIONDE 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:** 2021-11-19 **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	Asistir al Comité de Cuidado.	se asistio a comité de cuidado de familias priorizadas	Firma de actas y listado de asistencia
2	Acompañar la construcción de las Recomendaciones de Cuidado en las familias do prioridad alta.	Visitar 4 familias al día (EFECTIVAS) equipo base	Historias clinicas y formato de caracterización
3	Imprimir las Recomendaciones de Cuidado para las familias con prioridad alta y media.	Realizacion de formato de caracterización familiar y ambiental	Registro en formato de caracterización
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 Recomendaciones de Cuidado	Apoyo en toma de medidas antropometricas	Registro en formato de caracterización
5	Desplazarse a la casa de las familias con prioridad alta y media	Entrega de mapa finalizada la manzana para actualización de novedades en el uso del suelo	Entrega al gestor al finalizar la manzana
6	Otras actividades que la subred requiera según la operatividad de AMED, Lineamientos para cumplimiento de metas y productos. PRODUCTO. Familias de prioridad Alta y media con planes concertados y entregados. Seguimiento registrado en formato de secretaria de salud. Cumplimiento del 100% de los productos estipulados en los Lineamientos Técnico de secretaria de Salud. CONVENO 016 2021. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato	Envió y cargue de información diaria (ficha de caracterización) en el FTP	Registro en formato de caracterización

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

Anyelica Rocha G
Firma del Contratista

C.C. 1.082.904.813 **de** SANTA MARTA

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

ASOPAGOS s.a.

RAZON SOCIAL :	ANYELICA ROCHA GUTIERREZ
IDENTIFICACION:	CC-1082904813
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	
FECHA GENERACION REPORTE:	2021-11-17
FECHA LIMITE DE PAGO:	2021-11-04
FECHA DE PAGO:	2021-11-17
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE OCCIDENTE
PERIODO PENSION:	2021-10
PERIODO SALUD:	2021-10
NUMERO PLANILLA:	8616409778
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8612928560
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS008	860066942	COMPENSAR-EPS	1	$ 393.695	$ 0	$ 0	$ 0	$ 49.300	$ 49.300
230301	800224808	PORVENIR	1	$ 393.695	$ 0	$ 0	$ 0	$ 63.000	$ 63.000
14-11	890903790	ARL SURA	1	$ 393.695	$ 0	$ 0	$ 0	$ 9.600	$ 9.600
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 121.900	$ 121.900

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	03/12/2021