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:	3614-2021	**C.D.P. No.:**	306	**Proceso al que pertenece:**	PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO
				Unidad a la que pertenece:	UMHES SAN BLAS

Nombre del Contratista:	LEIDY YANETH JEJEN RINCON	**C.C.**	1.096.950.346	**de:**	MALAGA SANTANDER

Fecha Inicio:	2021-02-09	**Fecha Terminación incial:**	2021-03-31	**Valor Mensual:**	$ 3.366.000

Valor a cobrar: $ 3.264.000

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 3.366.000	775	2021-04-01	2021-04-30
2	$ 5.049.000	1203	2021-05-01	2021-06-15
3	$ 6.732.000	1685	2021-06-16	2021-08-15
4	$ 3.366.000	2387	2021-08-16	2021-09-15
5	$ 1.683.000	2729	2021-09-16	2021-09-30
6	$ 1.683.000	3069	2021-10-01	2021-10-15
7	$ 1.683.000	3255	2021-10-16	2021-10-31
8	$ 3.366.000	3515	2021-11-01	2021-11-30
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 2021	$ 3.162.000	$ 433.000	886732256
2	MARZO 2021	$ 3.162.000	$ 443.600	49050704
3	ABRIL 2021	$ 3.162.000	$ 443.600	49574220
4	MAYO 2021	$ 3.332.000	$ 443.600	50238783
5	JUNIO 2021	$ 3.230.000	$ 443.600	50896133
6	JULIO 2021	$ 3.264.000	$ 443.600	51565924
7	AGOSTO 2021	$ 3.366.000	$ 433.600	52240889
8	SEPTIEMBRE 20	$ 1.258.000	$ 433.600	52913866
9	SEPTIEMBRE 20	$ 1.904.000	$ 433.600	52913866
10	OCTUBRE2021	$ 765.000	$ 433.600	1147331856
11	OCTUBRE2021	$ 2.499.000	$ 433.600	1147331856
12	NOVIEMBRE 20	$ 3.264.000	$ 433.600	54275222
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
$ 6.732.000	$ 33.660.000	$ 32.368.000	$ 1.292.000

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:** 2021-11-01 **Hasta:** 2021-11-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUTO O EVIDENCIA
1	Realizar la Orientacion, Direccionamiento y/o aclaraciones acerca de trámites administrativos necesarios para recibir atención en Salud.	A diario se realiza Orientación, direccionamiento y/o aclaraciones acerca de trámites administrativos necesarios para recibir atención en Salud a los usuarios que acuden a UMHES SAN BLAS	Atencion presencial en la oficina de Trabajo Social de Lunes a Viernes y turnos segun calendario fines de semana //(130 INTERCONSULTAS)
2	Realizar el ingreso y actualización permanente en base de datos interna de pacientes en abandono social, población extranjera, habitante de calle e instrumentos provisionales que se lleven a cabo, mediante la gestión realizada desde el área de Trabajo Social	A diario se Ingresa y actualiza la base de datos interna de pacientes en abandono social, población extranjera, habitante de calle e instrumentos provisionales que se lleven a cabo, mediante la gestión realizada desde el área de Trabajo Social.	Drive actualizado a la fecha, indicando datos personales del paciente como gestion realizada//(2 abandonos)
3	Hacer seguimiento a censo hospitalario diario destinado a identificar y disminuir barreras de acceso, dificultades de aseguramiento y situaciones de vulnerabilidad social; registrar en el formato establecido para dicha actividad y reportar a la OFICINA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO	A diario se hace seguimiento a censo hospitalario destinado a identificar y disminuir barreras de acceso, dificultades de aseguramiento y situaciones de vulnerabilidad social.	Drive actualizado a la fecha, indicando datos personales del paciente como gestion realizada por trabajo social donde se describe redes de apoyo sociales y familiares/// (120)SEGUIMIENTOS
4	Realizar la solicitud de oxigeno domiciliario para usuarios y pacientes que así lo requieran mediante diagnóstico y autorización médica, de igual modo realizar proceso de seguimiento, evolución y ubicación de pacientes en abandono social en las USS de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	Cuando es requerido por los médicos hospitalarios y médicos internistas se realiza el respectivo tramite pertinente para el oxigeno domiciliario de los pacientes que se encuentran hospitalizados, ademas se realiza el debido proceso para quienes se encuentran en abandono social.	En articulacion con la oficina de autorizaciones se realiza tramite de oxigeno con registro de gestion en Dinamica Gerencial///(38) TRAMITES DE OXIGENO
5	Realizar los trámites respectivos para habitante de calle sin certificar, pacientes inducumentados, pacientes extranjeros segun cada caso, de igual modo la gestión de identificación de los pacientes fallecidos en las diferentes USS de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E	Cuando se presenta ingreso de ciudadanos habitantes de calle a la UMHES SAN BLAS se realizo gestion a con SECRETARIA DISRITAL DE INTEGRACION SOCIAL, a fin de certificar dicha población	Soporte correo electronico TSSANBLAS@SUBREDCENTROORIENTE.GOV.CO donde se envian las solicitados para la respectiva caracterizacion //ESTUDIOS DE CASO 10//SOLICTUDE PARA VALROACION DE HABITANDE DE CALLE:1 SOLICITUD DE PLENA IDENTIDAD :1
6	Realizar el ingreso en el aplicativo SIDMA de orientaciones grupales y de barreras de acceso identificadas durante la gestión diaria, con el fin de evaluar las dificultades de accesibilidad que pueden presentar los usuarios en los servicios de salud	A diario se Ingreso en el aplicativo SI CUENTANOS las orientaciones grupales y barreras de acceso identificadas	Soporte aplicativo SI CUENTANOS(10)
7	Hacer seguimiento a Gestantes con dificultades administrativas por afiliación en otros municipios, realizando la orientación respectiva	Cuando fue requerido se realizo Seguimiento a Gestantes con dificultades administrativas por afiliación	Evidencia en notas de historia clinica en Dinamica gerencial, correo electronico de reporteparticularesSANBLAS@gmail.com y grupo whatssap de trabajo social, autorizaciones y facturacion (NA)

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

8	Asistir técnicamente, asesorar y capacitar a los usuarios en las acciones colectivas e individuales para la exigibilidad del derecho a la salud y aplicar las encuestas de satisfacción asignadas al proceso	A traves de la atencion presencial se realiza capacitaciones a los usuarios y familiares sobre derechos y deberes	FUNCIONARIOS:35 CAPACITADOS/// USUARIOS: 48 USUARIOS// ENCUESTAS:18 PACIENTES ENCUESTADOS
9	Gestionar la ubicación de pacientes en abandono social, realizando contacto con Secretaría Distrital de Integración Social y/o entidades que reciban esta población	Durante la vigencia se realiza ubicación de los paciente de acuerdo a sus caracteristicas, al igual se informo a traves de oficios por orfeo a las intituciones pertinentes	Orfeo - drive de TSESESANBLAS@GMAIL.COM///UBICACIÓN EN HOGARES:2// SOLICITU DE CUPO: 1
10	Prestar el servicio de conformidad con la programación acordada con el supervisor del contrato, para el desarrollo de sus actividades. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato. C	Se asistió a las reuniones programadas por el supervisor del contrato, y se realizaron todas aquellas acciones de carácter administrativo que conlleven al cumplimiento de su objetivo contractual y atender a las demás funciones que sean asignadas en la realización del objeto contractual. - NO SE CUENTA CON ORFEOS ABIERTOS	Actas de reunion /// REUNION DE EQUIPO (1 MENSUAL-17 DE NOVIEMBRE) //REUNION CON JEFE DE OFICINA (1 MENSUAL/18 DE NOVIEMBRE)

Observaciones : TURNO 01 DE NOVIEMBRE	**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.** 1.096.950.346 **de** MALAGA SANTANDER

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	MARIA YOLANDA CAMELO
CARGO:	Jefe de Participacion Comunitaria y Servicio al Ciudadano
FIRMA	

Cuenta de Cobro 012

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD

CENTRO ORIENTE E.S.E.

NIT. 900959051–7

DEBE A:
LEIDY YANETH JEJEN RINCON
C.C. 1096950346

LA SUMA DE:

Tres millones doscientos sesenta y cuatro mil pesos
($ 3.264.000) M/CTE

Por concepto de:

- Prestación de servicios profesionales como Trabajador Social, en cumplimiento del contrato PS 3614-2021 correspondiente del 01 al 30 de Noviembre 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,



LEIDY YANETH JEJEN RINCON
Teléfono: 3125772002
Dirección: CARRERA 80D N°59B-06
No. Cuenta bancaria Banco Davivienda. Ahorros No.0550488413119667
FECHA: 30 DE NOVIEMBRE 2021

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1096950346	LEIDY YANETH JEJEN RINCON		CRA 73 57 R-15 SUR BRR LA ESTANCIA	1234567	LEIDYJEJEN21@HOTMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2021-10	2021-10	I	02/11/2021	54275222	$443.600	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	168.300	0		0		0	0	0	0	168.300	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	215.500	0	0	0	0	0	0		215.500	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	32.800				32.800	0	0	32.800			328	32.800	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	27.000	0	0	27.000	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	168.300	168.300
Pensión	1	215.500	215.500
Riesgos Laborales	1	32.800	32.800
CCF	1	27.000	27.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	443.600	443.600

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1096950346	LEIDY YANETH JEJEN RINCON		CRA 73 57 R-15 SUR BRR LA ESTANCIA APTO 202 T 20	1234567	LEIDYJEJEN21@HOTMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2021-10	2021-10	I	02/11/2021	54275222	$443,600	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1096950346	JEJEN RINCON LEIDY YANETH	59	0			N																	25-14	1,346,400	215,500	0	0	0	0	EPS008	1,346,400	168,300	14-7	1,346,400	3	32,800	CCF24	1,346,400	27,000	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

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.

RESPUESTA INTERCONSULTA

900959051

FECHA DE FOLIO: 01/11/2021 7:04:52 a. m. **N° FOLIO:13**

DATOS DEL PACIENTE:

N° HISTORIA CLINICA: 1021694250 **IDENTIFICACION:** 1021694250 **EDAD:** 2 Años \ 10 Meses \ 21 Días

NOMBRE PACIENTE: DILAN JOSE ZAMUDIO LARA **FECHA DE NACIMIENTO:** 11/12/2018 12:00:00 a. m. **SEXO:** Masculino
ESTADO CIVIL: Soltero **NIVEL / ESTRATO:** SUBSIDIADO NIVEL 1
ENTIDAD: EPSS17 **TIPO DE REGIMEN:** Subsidiado
DIRECCION: CALLE 42 SUR 11 41 **TELEFONO:** 3223976794 **PROCEDENCIA:** BOGOTA

DATOS DE LA ADMISIÓN:

N° INGRESO: 12763683 **FECHA DE INGRESO:** 30/10/2021 7:39:23 p. m.
FINALIDAD CONSULTA: No_Aplica **CAUSA EXTERNA:** Enfermedad_General
RESPONSABLE: TATIANA LARA **DIRECCION RESPONSABLE:** 0 **TELEFONO RESPONSABLE:**0

ANALISIS SUBJETIVO
SE SOLICITA INTERCOSNSULTA POR REQUERIR SEGUNDO ACOMPAÑANTE.

ANALISIS OBJETIVO
DATOS DE ACOMPAÑANTE

RESPUESTA
SE PRESENTA LA SEÑORA TATIANA LARA CC1023887375 3223976794REFIERE SE PROGENITORA INDICA DATOS PARA CONCERTAR QUIENES SERÁN LOS CUIDADORES DURANTE LA ESTANCIA HOSPITALARIA DE EL MENOR
1 PRIMER CUIDADOR :TATIANA LARA CC1023887375 3223976794
2 SEGUNDO CUIDADOR : YOLIMA LARA (TIA MATERNA) CC1013618365 3202238156
SE LE EXPLICAN QUE SOLO SE PUEDE REALIZAR UN CAMBIO AL DÍA SE DEBERA EFECTUAR EN EL HORARIO DE 7:00AM A 8:00PM; EN LA NOCHE SOLO MUJERES PUEDEN QUEDARSE AL CUIDADO DEL MENOR, SE DIRECCIONA AL ÁREA DE ENFERMERÍA PARA DILIGENCIAMIENTO RESPECTIVO DE FORMATO DE PERMANENCIA, SEGÚN ACUERDOS ESTABLECIDOS, SE RECOMIENDA NO PERDER EL FORMATO DE PERMANENCIA.

TRATAMIENTO
SE PRESENTA LA SEÑORA TATIANA LARA CC1023887375 3223976794REFIERE SE PROGENITORA INDICA DATOS PARA CONCERTAR QUIENES SERÁN LOS CUIDADORES DURANTE LA ESTANCIA HOSPITALARIA DE EL MENOR
1 PRIMER CUIDADOR :TATIANA LARA CC1023887375 3223976794
2 SEGUNDO CUIDADOR : YOLIMA LARA (TIA MATERNA) CC1013618365 3202238156
SE LE EXPLICAN QUE SOLO SE PUEDE REALIZAR UN CAMBIO AL DÍA SE DEBERA EFECTUAR EN EL HORARIO DE 7:00AM A 8:00PM; EN LA NOCHE SOLO MUJERES PUEDEN QUEDARSE AL CUIDADO DEL MENOR, SE DIRECCIONA AL ÁREA DE ENFERMERÍA PARA DILIGENCIAMIENTO RESPECTIVO DE FORMATO DE PERMANENCIA, SEGÚN ACUERDOS ESTABLECIDOS, SE RECOMIENDA NO PERDER EL FORMATO DE PERMANENCIA.

RESPUESTA INTERCONSULTA

AREA	3BLN01 - SAN BLAS ATENCION AL PACIENTE TRABAJO SOCIAL
ESPECIALIDAD	TRABAJO SOCIAL
ANALISIS SUBJETIVO	SE SOLICITA INTERCOSNSULTA POR REQUERIR SEGUNDO ACOMPAÑANTE.
ANALISIS OBJETIVO	DATOS DE ACOMPAÑANTE
RESPUESTA	SE PRESENTA LA SEÑORA TATIANA LARA CC1023887375 3223976794REFIERE SE PROGENITORA INDICA DATOS PARA CONCERTAR QUIENES SERÁN LOS CUIDADORES DURANTE LA ESTANCIA HOSPITALARIA DE EL MENOR1 PRIMER CUIDADOR :TATIANA LARA CC1023887375 32239767942 SEGUNDO CUIDADOR : YOLIMA LARA (TIA MATERNA) CC1013618365 3202238156SE LE EXPLICAN QUE SOLO SE PUEDE REALIZAR UN CAMBIO AL DÍA SE DEBERA EFECTUAR EN EL HORARIO DE 7:00AM A 8:00PM; EN LA NOCHE SOLO MUJERES PUEDEN QUEDARSE AL CUIDADO DEL MENOR, SE DIRECCIONA AL ÁREA DE ENFERMERÍA PARA DILIGENCIAMIENTO RESPECTIVO DE FORMATO DE PERMANENCIA, SEGÚN ACUERDOS ESTABLECIDOS, SE RECOMIENDA NO PERDER EL FORMATO DE PERMANENCIA.
DIAGNOSTICO	J22X - INFECCION AGUDA NO ESPECIFICADA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS INFERIORES

Leidy Jején Rincón.

Profesional:LEIDY YANETH JEJEN RINCON
Registro Medico: 1096950346
Especialidad:TRABAJO SOCIAL

TRATAMIENTO

SE PRESENTA LA SEÑORA TATIANA LARA CC1023887375 3223976794REFIERE SE PROGENITORA INDICA DATOS PARA CONCERTAR QUIENES SERÁN LOS CUIDADORES DURANTE LA ESTANCIA HOSPITALARIA DE EL MENOR1 PRIMER CUIDADOR :TATIANA LARA CC1023887375 32239767942 SEGUNDO CUIDADOR : YOLIMA LARA (TIA MATERNA) CC1013618365 3202238156SE LE EXPLICAN QUE SOLO SE PUEDE REALIZAR UN CAMBIO AL DÍA SE DEBERA EFECTUAR EN EL HORARIO DE 7:00AM A 8:00PM; EN LA NOCHE SOLO MUJERES PUEDEN QUEDARSE AL CUIDADO DEL MENOR, SE DIRECCIONA AL ÁREA DE ENFERMERÍA PARA DILIGENCIAMIENTO RESPECTIVO DE FORMATO DE PERMANENCIA, SEGÚN ACUERDOS ESTABLECIDOS, SE RECOMIENDA NO PERDER EL FORMATO DE PERMANENCIA.

DIAGNOSTICOS

CIE 10	DESCRIPCION
J22X	J22X - INFECCION AGUDA NO ESPECIFICADA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS INFERIORES

Leidy Jején Rincón.

Profesional:LEIDY YANETH JEJEN RINCON
Registro Medico: 1096950346
Especialidad:TRABAJO SOCIAL

LICENCIADO A: [SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.] NIT [900959051-7]

Información general
Condiciones
Bienes y servicios
Documentos del Proveedor
Documentos del contrato
Información presupuestal
Ejecución del Contrato
Modificaciones del Contrato
Incumplimientos

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

○ Porcentaje ○ Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? ○ Sí ◉ No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	PS3614 MES FEBRERO 2021.pdf	PS3614 MES FEBRERO 2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 3614-2021 MARZO.pdf	PS 3614-2021 MARZO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS3614 MES ABRIL2021.pdf	PS3614 MES ABRIL2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 3614-2021 MAYO2021.pdf	PS 3614-2021 MAYO2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	PS3614-2021 JUNIO.pdf	PS3614-2021 JUNIO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Datos guardados

:021 JULIO.pdf	PS 3624 2021 JULIO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
!021 AGOSTO.pdf	PS3614 -2021 AGOSTO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
eptiembre2021 cuenta n°1.pdf	PS 3614 septiembre2021 cuenta n°1.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
EPTIEMBRE2021 CUENTA	PS3614 SEPTIEMBRE2021 CUENTA N°2.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
!021 CUENTA DE COBRO E 2021 Cuenta No.1.pdf	PS-3614 2021 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2021 Cuenta No.1.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
!021 CUENTA DE COBRO E 2021 Cuenta No.2.pdf	PS-3614-2021 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2021 Cuenta No.2.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo

< | Evaluación de la Entidad Estatal | >