Secretaria 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: 01

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 1813 2018	**C.D.P. No.:**	7	**Proceso al que pertenece:**	DIRECCION DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS CITOCENTRO
				Unidad a la que pertenece:	USS LA VICTORIA

Nombre del Contratista:	AROCA ALBINO ANA ISABEL	**C.C.**	52,306,466	**de:**	BOGOTA

Fecha Inicio:	2018-01-10	**Fecha Terminación incial:**	2018-06-09	**Valor Mensual:**	$ 1,215,583	**Valor a cobrar:**	$ 1,524,600

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 237,160	2034	2018-06-10	2018-07-09
2	$ 1,600,830	2422	2018-07-10	2018-08-09
3	$ 1,143,450	2668	2018-08-10	2018-09-09
4	$ 228,690	3015	2018-09-10	2018-10-09
5	$ 957,110	3967	2018-12-01	2019-01-15
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	ENERO	$ 533,610	$ 228,400	8672010551
2	FEBERO	$ 1,524,600	$ 241,800	8693259765
3	MARZO	$ 1,448,370	$ 241,800	8667556902
4	ABRIL	$ 1,219,680	$ 241,800	8665075929
5	MAYO	$ 1,600,830	$ 241,800	8664716988
6	JUNIO	$ 1,143,450	$ 241,800	8663243868
7	JULIO	$ 381,150	$ 241,800	8659336648
8	AGOSTO	$ 1,143,450	$ 241,800	8659220598
9	DICIEMBRE	$ 1,185,800	$ 241,800	8656685679
10	ENERO	$ 1,524,600	$ 256,300	8656296184
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
$ 8,470,000	$ 12,637,240	$ 11,705,540	$ 931,700

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-1A-FT-014
VERSIÓN: 01
FECHA: 2017-07-07

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 Laboratorio y/o Auxiliar de Enfermería con certificación de competencias en laboratorio clínico para la ejecución de actividades asistenciales en los procesos de gestión de servicios complementarios conforme a las necesidades de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2019-01-01 **Hasta:** 2019-01-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	Recepcionar y verificar muestras de citologia vaginal.	Atención a los funcionarios de los hospitales recibiendo y verificando cada una de las láminas y protocolos entregados al laboratorio para su procesamiento y lectura; validando número de identificación de la paciente y placa.
2	Marcar las láminas recepcionadas para su procesamiento.	Se marcan las láminas que fueron aceptadas para el procesamiento y lectura, con el respectivo consecutivo interno del laboratorio.
3	Colocar stiker a protocolos.	Teniendo en cuenta las láminas recepcionadas se procesan los stiker con el consecutivo interno del laboratorio y se pegan en cada uno de los protocolos según su placa.
4	Realizar coloración y montaje de láminas de citologias.	Las láminas recepcionadas se proceden a procesar de la siguente manera: lavado en agua, lavado en alcohol, lavado en agua y montaje en procesador para su debida coloración.
5	Entregar láminas para control negativas.	Realizar la recolección de las láminas leidas diariamente por el equipo de citólogas, procesar el control negativas por el sistema y seleccionar las láminas aleatoriamente escogidas por el sistema para control de negativas por el patólogo.
6	Archivar láminas.	Diariamente se recolectan las láminas leidas en la jornada por las citólogas y las leidas por los patólogos en los controles de positivas y negativas, se organizan por el consecutivo y se proceden a archivar.
7		
8		
9		
10		

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

Ana Isabel Anaya
Firma del Contratista

C.C. 52.306.466 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	IBETH PAOLA GARZON GORDILLO
CARGO:	REFERENTE CITOCENTRO
FIRMA	

ASOPAGOS s.a.

RAZON SOCIAL :	ANA ISABEL AROCA ALBINO
IDENTIFICACION:	CC-52306466
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2019-01-08
FECHA LIMITE DE PAGO:	2019-02-15
FECHA DE PAGO:	2019-01-02
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE OCCIDENTE
PERIODO PENSION:	2019-01
PERIODO SALUD:	2019-01
NUMERO PLANILLA:	8656296184
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8693259765
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS037	900156264	NUEVA E.P.S. S.A.	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 103.600	$ 103.600
25-14	900336004	COLPENSIONES	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 132.500	$ 132.500
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 20.200	$ 20.200
		Total a pagar		$ 0	$ 0	$ 0	$ 256.300	$ 256.300

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	15/02/2019