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: 01
FECHA: 2017-07-07

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: PS 1505 2019 **C.D.P. No.:** 163 **Proceso al que pertenece:** APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO
Unidad a la que pertenece: UNIDAD LA VICTORIA

Nombre del Contratista: ZOILA CHAVEZ RODRIGUEZ **C.C.** 51,770,535 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2019-02-01 **Fecha Terminación inicial:** 2019-07-31 **Valor Mensual:** $ 1,248,000 **Valor a cobrar:** $ 1,287,686

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 2,579,334	1754	2019-08-01	2019-09-30
2	$ 1,289,667	2305	2019-10-01	2019-10-31
3	$ 1,287,619	2778	2019-11-01	2019-11-30
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	FEBRERO 2019	$ 1,248,000	$ 256,300	8487576901
2	MARZO 2019	$ 1,248,000	$ 256,300	8488830758
3	ABRIL 2019	$ 1,248,000	$ 256,300	8490553200
4	MAYO 2019	$ 1,248,000	$ 256,300	8491821848
5	JUNIO 2019	$ 1,248,000	$ 256,300	8492749842
6	JULIO 2019	$ 1,248,000	$ 256,300	8493855583
7	AGOSTO	$ 1,289,600	$ 256,300	8494966130
8	SEPTIEMBRE	$ 1,287,686	$ 256,300	8496093096
9	OCTUBRE	$ 1,287,686	$ 256,300	8497250031
10	NOVIEMBRE	$ 1,287,686	$ 256,300	8497935241
11				
12				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 7,488,000	$ 12,644,620	$ 12,640,668	$ 3,952

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 AUTONOMA, EN SU CONDICIÓN DE BACHILLER O TÉCNICO DEL ÁREA DE LA SALUD PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LOS PROCESOS DE GESTIÓN SERVICIOS COMPLEMENTARIOS Y AMBULATORIOS. CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E S E

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2019-11-01 **Hasta:** 2019-11-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	Realizar entrega de los reportes de patología a los usuario	Cumplió al 100% con la actividad entrega los resultados a los usuarios que los soliciten
2	Realizar entrega de los reportes de laboratorio clinico a los usuarios	Cumplió al 100% con la actividad entrega los resultados a los usuarios que los soliciten
3	Realizar entrega de los reportes de TSH y Cariotipos a los usuarios.	Cumplió al 100% con la actividad entrega los resultados a los usuarios que los soliciten
4	Realizar entrega de los reportes ya mencionados a los usuarios internos de los pacientes que se encuentran hospitalizados	Cumplió con la actividad entregando los reportes a los medicos, camilleros, auxiliares que soliciten el reporte de pacientes hospitalizados
5	Realizar entrega de los reportes ya mencionados a los usuarios internos de los pacientes que se encuentran en urgencias.	Cumplió con la actividad entregando los reportes a los medicos, camilleros y enfermera que soliciten el reporte de pacientes que ingresan al servicio de urgencias y se han tomado examenes ambulatorios.
6	Recibir y archivar los resultados de las diferentes áreas y mantener en perfecto orden el área	Cumplió con la actividad entregando relacionandos los resultados en oficio al area correspondiente para su respectivo archivo y asi descongestionando el area de trabajo.
7	Ingresar los resultados recibidos y entregados al sistema diariamente.	Ingresó los resultados recibidos y entregados al sistema diariamente

8	Entregar informe mensual de reportes de mamografias a la referente del área	Entrgó informe mensual de reportes de mamografias a la referente del área
9.	Entregar los reportes no reclamados al área del archivo mensualmente.	Cumple con la actividad relacionandolos mediante un oficio al area de archivo.

Observaciones:	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.** 51,770,535 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	IBETH PAOLA GARZON GORDILLO
CARGO:	SUPERVISORA DEL CONTRATO
FIRMA	

enlínea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 51770535		CHAVEZ RODRIGUEZ ZOILA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 11 #26a-12sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7500707	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2019-10	2019-10	74526610	6497935241	I	2019/11/11	2019/11/25	BANCO DE OCCIDENTE	13	$275,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$132,500	$1,300	$0	$133,800
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$132,500	$1,300	$0	$133,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$20,200	$200	$0	$20,400
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$20,200	$200	$0	$20,400
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$16,600	$200	$0	$16,800
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$16,600	$200	$0	$16,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$103,600	$1,000	$0	$104,600
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$103,600	$1,000	$0	$104,600
				1	$272,900	$2,700	$0	$275,600

PAGO DE FACTURAS

PILA BP

NUM APROBACION:74526610
NUM REFERENCIA:000000849793524 1
NUM IDENTIFICACION:51770535
PERIODO: 2019-10
FECHA EFECTIVA:2019-11-22
VALOR: 275.600
VIE22 NOV 19 16:35:20
326-00396879-127
786018-098049-144623-130269-46
CONSERVE ESTE TIQUETE. ES EL
UNICO RECIBO OFICIAL DE PAGO EN
CASO DE RECLAMO LLAMAR A:
A SU OPERADOR.
AGT 9722 CLR 3055551
00146525-056648