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 1269 2019	**C.D.P. No.:**	163	**Proceso al que pertenece:**	DIRECCION DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS
				Unidad a la que pertenece:	UMHE LA VICTORIA

Nombre del Contratista: MARIA PAULINA HERNANDEZ RIVERA **C.C.** 52,847,129 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2019-02-01 **1** **Fecha Terminación incial:** 2019-07-31 **Valor Mensual:** $ 1,386,240 **Valor a cobrar:** $ 2,009,970

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 101,640	1679	2019-07-05	2019-07-31
2	$ 3,146,040	1754	2019-08-01	2019-09-30
3	$ 1,835,190	2305	2019-10-01	2019-10-31
4	$ 2,516,832	2778	2019-11-01	2019-11-30
5	$ 2,009,970	3172	2019-12-01	2019-12-31
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

N° CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	FEBRERO	$ 1,524,600	$ 256,300	8332907578
2	MARZO	$ 1,524,600	$ 256,300	33563275
3	ABRIL	$ 1,524,600	$ 256,300	34206482
4	MAYO	$ 1,524,600	$ 256,300	34835215
5	JUNIO	$ 1,575,420	$ 256,300	34835215
6	JULIO	$ 1,575,420	$ 256,300	35952207
7	AGOSTO	$ 1,573,020	$ 256,300	36571333
8	SEPTIEMBRE	$ 1,730,322	$ 256,300	37307543
9	OCTUBRE	$ 2,097,360	$ 256,300	37925542
10	NOVIEMBRE	$ 1,922,580	$ 256,300	38531052
11	DICIEMBRE	$ 2,009,970	$ 256,300	39281039
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
$ 9,147,600	$ 18,757,272	$ 18,582,492	$ 174,780

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SUS SERVICIOS PERSONALES DE PROMOTORA DE TAMIZAJE PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN EL SERVICIO DE GENÉTICA CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2019-12-01 **Hasta:** 2019-12-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	Realizar charla educativa a las maternas sobre la importancia de la toma de muestra para TSH Neonatal, en los hospitales asignados.	Realizan charlas educativas a las maternas sobre la importancia del TSH neonatal en los hopsitales de la Subred Sur Occidente.
2	Confirmación de datos a pacientes pos parto, en los diferentes hospitales.	Se confirman los datos personales de las maternas y sus bebé para la realizacion del TSH neonatal.
3	Verificar relación y calidad de la muestra del recién nacido en cada hospital.	En las instituciones se verifican la calidad de filtros y los datos personales de cada uno de los pacientes antes de la recoleccion de muestras, en determinado caso se rechazan, para nueva toma de muestra.
4	Realizar visitas domiciliarias, en caso de que la materna no lleve al recién nacido a la nueva muestra.	Si se realizan visitas domiciliarias en caso de ausencia a la institución del paciente.
5	Tomar muestra de talón, cuando se requiera según visita domiciliaria.	Se toman muestra de talon en la vicita domiciliaria y se llevan al hospital correspondiente
6	Entregar estadisticas diarias (2 veces por semana) sobre lo realizado en los diferentes hospitales asignados.	Se envia al laboratorio de genetica las planillas de confirmacion de datos, envia las estadisticas mensuales a las demas Subredes para resoluciones, envia listado de pruebas realizadas a facturacion para sus correspondientes pagos.
7	Desempeñar las demás funciones relacionadas con la naturaleza de su borden de prestación de servicios y área de desempeño.	Cumple con las demás actividades y funciones otorgadas como auxiliar promotora de tamizaje y auxiliar de laboratorio.

8	Informar al supervisor del contrato cualquier novedad que se presente en el cumplimiento de las actividades.	Informa y da a conocer cualquier novedad presentada en las instituciones.
9	Velar por que la atención sea humana, eficaz, cálida con todos y cada uno de los usuarios que requieran el servicio.	Mantiene cordialidad con las maternas y recien nacidos en el buen trato, maneja humanizacion con el personal.
10	Realizar informe de actividades finales para ser entregado y aprobado tanto por el supervisor como por el interventor.	Realiza los informes mensuales de las actividades desempeñadas durante el mes.
11	Ejercer las actividades propias de la profesion de conformidad con las normas y/o reglamentos de acuerdo al objeto contratual y las necesidades del sevicio	Cumple con todas las actividades, normas y reglamentos de acuerdo a la necesidad del servicio., cumple con actualizacion de manuales, protocolos y demás registros que requiere el Laboratorio de Genetica, cumple con la actividades especificas de auxiliar de Laboratorio.
12	Recibir y entregar turno de acuerdo a lo acordado con el supervisor y de conformidad al objeto misional de la entidad.	Entrega y recibe turno de acuerdo a las especificaciones de supervisor del contrato.

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

Firma del Contratista

C.C. 52,847,129 **de** BOGOTA

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

compensar | miplanilla.com

REPORTE RESUMEN DE PAGO

Información básica de la planilla

Empresa:	María Paulina Hernández Rivera	**NIT:**	52847129
Tipo Planilla:	I	**Periodo liquidación Pensiones:**	noviembre 2019
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	noviembre 2019
Número de Radicación:	39281039	**Total a pagar:**	$272,900
Fecha de vencimiento:	09/12/2019	**Total de empleados:**	1
Fecha de Pago:	09/12/2019	**Número de Administradoras:**	4

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	**Nit recaudo:**	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	**Medio de Pago:**	Pago Electronico por PSE
Banco:	BANCO DAVIVIENDA	**Número Autorización:**	532217637
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Código	NIT	Administradoras	Num. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado
14-11	890903790	ARL SURA	1		$0	$20,200
230301	800224808	Porvenir	1		$0	$132,500
CCF24	860066942	Compensar Caja de Compensacion Fliar	1		$0	$16,600
EPS008	860066942	Compensar EPS	1		$0	$103,600
						$272,900

***Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.**

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