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: PS1556 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: SANDRA BIBIANA DIAZ CUBIDES **C.C.** 52,767,755 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2019-02-01 **1** **Fecha Terminación incial:** 2019-07-31 **Valor Mensual:** $ 1,386,240 **Valor a cobrar:** $ 1,527,250

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 57,760	1679	2019-07-05	2019-07-31
2	$ 2,860,800	1754	2019-08-01	2019-09-30
3	$ 1,668,800	2305	2019-10-01	2019-10-31
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	FEBRERO	$ 1,328,480	$ 256,300	8332907578
2	MARZO	$ 1,386,240	$ 256,300	833299686
3	ABRIL	$ 1,444,000	$ 256,300	8333918810
4	MAYO	$ 1,386,240	$ 256,300	8334543522
5	JUNIO	$ 1,386,240	$ 256,300	8335183383
6	JULIO	$ 1,444,000	$ 256,300	8336124234
7	AGOSTO	$ 1,490,000	$ 256,300	8336440013
8	SEPTIEMBRE	$ 1,490,000	$ 256,300	8337071898
9	OCTUBRE	$ 1,527,250	$ 256,300	8337704280
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
$ 8,317,440	$ 12,904,800	$ 12,882,450	$ 22,350

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:** 2019-10-01 **Hasta:** 2019-10-31

	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 estadísticas 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 los dias lunes, miercoles, jueves y sabado.
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.
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 la 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.
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. 52,767,755 **de** BOGOTA

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

Señor(es): sandra bibiana diaz cubides
Nit: CC 52767755
Dirección: CL 34 B SUR NO 88D 62
Teléfono: 2649339 **Fax:**
Ciudad: BOGOTA, D.C.

Respetado(s) señor(es)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:

compensar | miplanilla.com

Nombre	sandra bibiana diaz cubides
Tipo y número de identificación	52767755
Número de radicación planilla	8337704280
Fecha de pago	10/16/2019
Número de autorización de pago	23597051
Banco	1023
Valor Comisión	$0

Número de empleados	1
Periodo cotización salud	Septiembre 2019
Periodo cotización pensión	Septiembre 2019
Periodo cotización caja	Septiembre 2019
Número de administradoras	4
Total Pagado	$274.000
Total interes mora	$1.100

CODIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	$20.300	1
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	$133.000	1
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	$16.700	1
EPS001	ALIANSALUD EPS S.A.	$104.000	1

PAGADO 23597051

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