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 2853 2019	**C.D.P. No.:**	325	**Proceso al que pertenece:**	QUIRURGICOS
				Unidad a la que pertenece:	SANTA CLARA

Nombre del Contratista:	INGRID CAROLINA GARZON DE CASTELLANOS	**C.C.**	52.478.826	**de:**	BOGOTÁ

Fecha Inicio:	2019-02-01	**Fecha Terminación Inicial:**	2019-07-31	**Valor Mensual:**	$ 2.097.360	**Valor a cobrar:**	$ 2.097.360

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 2.439.360	1605	2019-06-25	2019-07-14
2	$ 4.194.720	1756	2019-07-15	2019-09-30
3	$ 2.097.360	2304	2019-10-01	2019-10-31
4	$ 4.194.720	2792	2019-10-18	2019-12-31
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	$ 2.032.800	$ 283.100	8332826361
2	MARZO 2019	$ 2.032.800	$ 258.600	8333707557
3	ABRIL 2019	$ 2.032.800	$ 257.400	8333801737
4	MAYO 2019	$ 2.032.800	$ 256.400	8334427508
5	JUNIO 2019	$ 2.032.800	$ 259.700	8335065734
6	JULIO 2019	$ 2.032.800	$ 256.700	8336054370
7	AGOSTO 2019	$ 2.097.360	$ 257.300	8336741392
8	SEPTIEMBRE2019	$ 2.097.360	$ 261.200	8337441775
9	OCTUBRE	$ 2.097.360	$ 260.200	8337952952
10	NOVIEMBRE	$ 2.097.360	$ 259.700	8338260568
11				
12				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 9.757.440	$ 22.683.600	$ 20.586.240	$ 2.097.360

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 ENFERMERÍA, PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LOS PROCESOS DE GESTIÓN AMBULATORIA Y RIESGO, 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	Prestar sus servicios en su condición de auxiliar de enfermería, en lo relacionado con actividades de promoción de la salud y detección de la enfermedad, en actualización bases de datos, asignación de citas, demanda inducida, seguimiento, vacunación, esterilización, desinfección de consultorios y demás procedimientos, actividades y reportes que se derivan de la atención, de acuerdo a demanda de servicios y según disponibilidad de tiempo, enmarcado dentro de los parámetros de calidad definidos en la normatividad vigente del sistema obligatorio de garantía de calidad en salud y acogiendo las guías y protocolos definidos por la Subred.	Prestò sus servicios en su condición de auxiliar de enfermería, en lo relacionado con actividades de promoción de la salud y detección de la enfermedad, en actualización bases de datos, asignación de citas, demanda inducida, seguimiento, vacunación, esterilización, desinfección de consultorios y demás procedimientos, actividades y reportes que se derivan de la atención, de acuerdo a demanda de servicios y según disponibilidad de tiempo, enmarcado dentro de los parámetros de calidad definidos en la normatividad vigente del sistema obligatorio de garantía de calidad en salud y acogiendo las guías y protocolos definidos por la Subred.
2	Apoyar los procesos relacionados con SIVIGILA, IAAS, BAI, EEVV y seguimiento a cohortes.	Apoyò los procesos relacionados con SIVIGILA, IAAS, BAI, EEVV y seguimiento a cohortes.
3	Realizar actividades de educación a usuarios y familiares conforme a lo requerido en la subred.	Realizó actividades de educación a usuarios y familiares conforme a lo requerido en la subred.
4	Cumplir con las normas de bioseguridad, limpieza y desinfección conforme a los protocolos y guías institucionales.	Cumplió con las normas de bioseguridad, limpieza y desinfección conforme a los protocolos y guías institucionales.
5	Apoyar el proceso relacionado con gestión de fuentes de información.	Apoyó el proceso relacionado con gestión de fuentes de información.
6	Desarrollar las actividades para el fortalecimiento de los centros de atención primarios (CAPS), de conformidad con las necesidades del servicio requeridos por la entidad.	Desarrolló las actividades para el fortalecimiento de los centros de atención primarios (CAPS), de conformidad con las necesidades del servicio requeridos por la entidad.
7	Portar el carnet institucional de la SUBRED durante la ejecución de las actividades contractuales.	Portó el carnet institucional de la SUBRED durante la ejecución de las actividades contractuales.
8	Acreditar el cumplimiento del pago de los aportes al sistema de seguridad social y parafiscal durante la vigencia del contrato, requisito indispensable para generar cada pago a su favor, anexando la planilla de pago del personal vinculado para la ejecución del contrato los aportes al sistema integral de seguridad social en salud deberán comprender salud, pensión y ARL	Acreditó el cumplimiento del pago de los aportes al sistema de seguridad social y parafiscal durante la vigencia del contrato, requisito indispensable para generar cada pago a su favor, anexando la planilla de pago del personal vinculado para la ejecución del contrato los aportes al sistema integral de seguridad social en salud deberán comprender salud, pensión y ARL.

Observaciones: CUMPLIO CON LAS OBLIGACIONES ESTIPULADAS EN EL CONTRATO

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. 52 478 826 de BOGOTÀ

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS

NOMBRE:	DAVID BENIGNO PARAMO HERNANDEZ
CARGO:	MÉDICO ESPECIALISTA COD 213 GR 15
FIRMA	

Scanned by CamScanner

Señor(es): INGRID CAROLINA GARZON DE CASTELLANOS
Nit: CC 52478826
Dirección: CALLE 150 A SUR No. 80 D- 35
Teléfono: 4519297 **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	INGRID CAROLINA GARZOI
Tipo y número de identificación	52478826
Número de radicación planilla	8338260568
Fecha de pago	11/7/2019
Número de autorización de pago	47549316
Banco	1023
Valor Comisión	$0

Número de empleados	1
Periodo cotización salud	Octubre 2019
Periodo cotización pensión	Octubre 2019
Periodo cotización caja	Octubre 2019
Número de administradoras	4
Total Pagado	$276.500
Total interes mora	$0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	$20.500	1
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	$134.300	1
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	$16.800	1
EPS008	Compensar EPS	$104.900	1

Bolívar
259.700

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

Scanned by CamScanner