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**		
	MACROPROCESO	ESTRATÉGICO	CÓDIGO:ET-GT-CO-FT-003
	PROCESO	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	
	SUBPROCESO	CONTRATACIÓN OPS	VERSIÓN:01
	TIPO DE DOCUMEN	FORMATO	
	NOMBRE	INFORME Y CUENTA DE COBRO OPS	FECHA:2016-11-03

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: 3023-20 **C.D.P. No.:** 282 **Proceso al que pertenece:** AMBULATORIO **Unidad a la que pertenece:** LACHES

Nombre del Contratista: PINCHAO YENNY MARILANGE **C.C.** 52.976.612 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2019-02-01 **Fecha Terminación incial:** 2019-07-31 **Valor Mensual:** $ 2.044.192 **Valor a cobrar:** $ 2.044.192

ADICIÓN / OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 5.264.160	1756	2019-08-01	2019-09-30
2	$ 1.726.288	2304	2019-10-01	2019-11-30
3	$ 1.175.008	2792	2019-12-01	2019-12-31
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	$ 2.308.800	$ 320.300	8332562234
2	MARZO	$ 2.386.800	$ 320.300	8333138936
3	ABRIL	$ 2.230.800	$ 320.300	8333757908
4	MAYO	$ 2.652.000	$ 320.300	8334365307
5	JUNIO	$ 2.308.800	$ 349.600	8335318701
6	JULIO	$ 2.542.800	$ 320.300	8335609830
7	AGOSTO	$ 2.398.304	$ 335.600	8336272091-8336894079
8	SEPTIEMBRE	$ 2.156.864	$ 320.300	8336905015
9	OCTUBRE	$ 2.929.472	$ 284.000	37822841
10	NOVIEMBRE	$ 2.044.192	$ 386.100	8338429344
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
$ 16.099.200	**$ 24.264.656**	**$ 23.958.832**	**$ 305.824**

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SUS SERVICIOS PERSONALES DE APOYO, EN SU CONDICIÓN DE PROFESIONAL EN ODONTOLOGIA, PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LOS DIFERENTES SERVICIOS 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 DESARROLLOACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	Realizar 4 actividades por hora enmarcadas dentro de los parámetros de calidad definidos en la normatividad vigente, acogiéndose a los protocolos, guias y demás lineamientos establecidos, para el ejercicio de la profesión	**REALIZACION DE LAS ACTIVIDADES DENTRO DE LA HORA DISPUESTA PARA LA ATENCION DE PACIENTES**
2	Realizar el diligenciamiento de la historia clinica, consentimiento informado, RIPS y demás registros conforme a la normatividad vigente	**REALIZACION DEL 100% DE HISTORIAS CLINICAS EN PACIENTES QUE ASISTEN A CONSULTA POR PRIMERA VEZ, REEVALUACIONES, URGENCIAS Y CITAS REPETIDAS EN HISTORIAS CLINICAS DE EVOLUCION.**
3	Apoyar la atención de las auditorias internas y externas presentando la información y/o soportes que soliciten y que correspondan al objeto y/o actividades contractuales	**PRESENTACION DE INFORMACION QUE SE REQUIERA PARA QUE SE LLEVE A CABO LAS AUDITORIAS CORRESPONDIENTES.**
4	Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente	**REPORTAR EL 100% DE LOS CASOS QUE SE PRESENTEN Y/O DERIVEN DE LA CONSULTA ODONTOLOGICA EN EL APLICATIVO RESPECTIVO**
5	Notificar los sucesos de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.	**IMPLEMENTACION DE MEJORAS EN LOS PROCESOS A LOS QUE HAYA LUGAR POSTERIOR A LOS NALISIS DE CASOS Y /O AUDITORIAS**

Observaciones: 127 horas

Jenny Pinchao
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. 52.976.612 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	LINA MARCELA ROJAS
CARGO:	LIDER USS LACHES
FIRMA	

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): JENNY MARILANGE PINCHAO BLANCO
No. Identificación: CC52976612
Dirección: KR 3 B NO 72 51 SUR
Telefono: 4943324
Correo: jennymarilange@yahoo.es
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8338429344

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	JENNY MARILANGE PINCHAO BLANCO
Tipo y número de identificación	CC52976612
Número de planilla	8338429344
Fecha pago	2019-11-05
Número de autorización pago	19585696
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	octubre de 2019
Periodo de Cotización Pensión	octubre de 2019
Número de Administradoras	4
Total Pagado	386100
Total Intereses de Mora	0

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	28600	1
230301	Porvenir	187500	1
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	23500	1
EPS008	Compensar EPS	146500	1

8338429344

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 52976612
APELLIDOS Y NOMBRES: JENNY MARILANGE PINCHAO BLANCO

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	230301	1171788	1171788	1171788	1171788	146500	0	187500	0	28600	0

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