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 - GESTION DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSION: 01
FECHA: 2017-07-07

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 1557 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: CARMEN ROSIO CARREÑO CAMACHO **C.C.** 52,489,792 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2019-02-01 **1** **Fecha Terminación inicial:** 2019-07-31 **Valor Mensual:** $ 1,386,240 **Valor a cobrar:** $ 1,490,000

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	$ 1,549,600	2778	2019-11-01	2019-11-30
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	1019000831
3	ABRIL	$ 1,444,000	$ 256,300	1019705158
4	MAYO	$ 1,386,240	$ 256,300	1019705158
5	JUNIO	$ 1,386,240	$ 256,300	1021073822
6	JULIO	$ 1,444,000	$ 256,300	1021756644
7	AGOSTO	$ 1,490,000	$ 256,300	1022467638
8	SEPTIEMBRE	$ 1,490,000	$ 256,300	8892544770
9	OCTUBRE	$ 1,527,250	$ 256,300	1023256730
10	NOVIEMBRE	$ 1,490,000	$ 256,300	1023920981
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	$ 14,454,400	$ 14,372,450	$ 81,950

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:** 2019-11-01 **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 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 persqnales 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 los dias lunes, miercoles, jueves y sabado.
7	Desempeñar las demas 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.

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

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:				
			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.**	52,489,792	**de** BOGOTA

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

Simple

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte: 2018-11-13, 11:49:11 PM | Tipo Planilla: | Número Planilla: 1029320984 | Referencia pago (PIN): 98325447

Periodo Cotización: 201810 | Periodo Servicio: 201810

Cliente:

PAGADA 2018-10-11

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social:	CARMEN ROSIO CURRENO CAMACHO		
Documento:	CC 52480782	Dirección:	CLL 99 SUR N 72 C - 22
Tipo de Empresa:	INDEPENDIENTE	Teléfono:	3126889131
Tipo Persona:	NATURAL	Forma Presentación:	UNICO
Ciudad:	BOGOTA D.C.	Departamento:	BOGOTA D.C.
Representante Legal:		Identificación:	

Total Afiliados:

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento: CC 52480782

Tipo Cotizante: 59 | Pensionado: CC | Extranjero: N | Apellidos y Nombres: CURRENO CAMACHO CARMEN ROSIO | Código Ciudad - Departamento: 11001000 - 11 | Clase de Trabajador: | Ubicación Laboral: BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO

Novedades															Salario Básico	Salario Integral	Salario	Pensión							Salud				Riesgos					Caja					Para Parafiscales			
ING	RET	VSP	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	DIAS COT	DIAS AFP	DIAS EPS	DIAS ARL	DIAS CCF					Código AFP	Código Tipo Cot.	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tipo Cot.	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte CCF	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
									30	30	30	30	30		$ 828,116	$ 828,116	$ 828,116	25-1		16 %	$ 828,116	$ 132,500	$ 0	$ 0	57-2		12.5 %	$ 828,116	$ 103,600	$ 0	1-01	1	2.436 %	$ 828,116	$ 20,200	1-01	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV. TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Caja	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Pila
COLPENSIONES	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	FAMISANAR EPS	ARL SURA	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 132,500	$ 0	$ 0	$ 103,600	$ 20,200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 256,300

Líneas de Servicio PagoSIMPLE: Bogotá 343 6616 - Cali: 554 1515 - Medellín: 574 66 66 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 693 5400 - Pereira: 340 25 60 - Barranquilla: 361 66 60 - Resto del País: 01 8000 276 276 - Web Site PagoSIMPLE: