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:	PS1464-2019	**C.D.P. No.:**	162	**Proceso al que pertenece:**	AMBULATORIO- ENFERMERIA
				Unidad a la que pertenece:	VICTORIA

Nombre del Contratista: NELLY VARGAS RUBIO **C.C.** 53.093.786 **de:** Bogotá

Fecha Inicio: 2019-02-01 **Fecha Terminación incial:** 2019-07-31 **Valor Mensual:** $ 1.550.400 **Valor a cobrar:** $ 1.380.192

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 2.847.856	1762	2019-08-01	2019-09-30
2	$ 1.552.716	2306	2019-09-09	2019-09-16
3	$ 1.442.928	2783	2019-11-01	2019-12-31
4				
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	$ 1.398.400	$ 256.300	8655573719
2	MARZO	$ 1.322.400	$ 259.000	8493239080
3	ABRIL	$ 1.337.600	$ 257.200	8497135132
4	MAYO	$ 1.421.200	$ 256.300	8654190120
5	JUNIO	$ 1.368.000	$ 256.300	8653942876
6	JULIO	$ 1.442.000	$ 256.300	8653606098
7	AGOSTO	$ 1.427.244	$ 256.300	8653070967
8	SEPTIEMBRE	$ 1.442.928	$ 256.500	8652012248
9	OCTUBRE	$ 1.380.192	$ 256.300	8651377197
10	NOVIEMBRE	$ 1.380.192	$ 256.300	8601213267
11				
12				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 8.390.400	$ 14.233.900	$ 13.920.156	$ 313.744

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:** 1/11/2019 **Hasta:** 30/11/2019

	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 como 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.	Cumple con la actividad desde el servicio de vacunacion y sala de extraccion, registra oportunamente y aplica los protocolos establecidos por la Sub Red en cada una de sus actividades.
2	Apoyar los procesos relacionados con SIVIGILA, IAAS, BAI, EEVV y seguimiento a cohortes.	Cumple con la actividad entregando oportunamente la informacion relacionada desde su area a las entes de control interno y externo.
3	Realizar actividades de educación a usuarios, familiares conforme a lo requerido en la subred.	Se realiza la actividad desde el proceso asignado a las usuarias que lo requieren.
4	Cumplir con las normas de bioseguridad, limpieza y desinfección conforme a los protocolos y guías institucionales.	Se realiza esta actividad, aplica los protocolos y guias.
5	Apoyar el proceso relacionado con gestión de fuentes de información.	Cumple con la actividad, se refleja en el registro de los usuarios atendidos y las notas de enfermeria.
6	Desarrollar las actividades para el fortalecimiento de los centros de atención primarios (CAPS) en el marco del convenio 1219 de 2017.	N/A

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.

Nelly vargas R.
Firma del Contratista

C. 53.093.786 **de** Bogotá

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	DIANA ISABEL MORA MORALES
CARGO:	REFERENTE DE SERVICIOS AMBULATORIOS
FIRMA	