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 - DPS: | PS 1455 2019 | C.D.P. No.: | 162 | Proceso al que pertenece: | AMBULATORIO |
| | | | | Unidad a la que pertenece: | CARCEL DISTRITAL |

Nombre del Contratista: ROJAS USECHE ANGELA PAOLA C.C. 52.506.295 de: BOGOTA

Fecha Inicio: 2019-02-01 Fecha Terminación Inicial: 2019-07-31 Valor Mensual: $ 1.734.822 Valor a cobrar: $ 1.734.822

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | $ 253.120 | 1678 | 2019-02-01 | 2019-07-31 |
| 2 | $ 3.409.644 | 1762 | 2019-08-01 | 2019-09-30 |
| 3 | $ 1.734.822 | 2333 | 2019-10-01 | 2019-11-30 |
| 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 | $ 958.240 | $ 253.700 | 32062753 |
| 2 | MARZO | $ 1.681.440 | $ 253.000 | 34190637 |
| 3 | ABRIL | $ 1.681.440 | $ 253.000 | 34190637 |
| 4 | MAYO | $ 1.681.440 | $ 252.700 | 33027053 |
| 5 | JUNIO | $ 1.681.440 | $ 252.700 | 35480322 |
| 6 | JULIO | $ 1.681.440 | $ 253.200 | 36074955 |
| 7 | AGOSTO | $ 1.734.822 | $ 252.700 | 36719000 |
| 8 | SEPTIEMBRE | $ 1.734.822 | $ 252.700 | 37434721 |
| 9 | OCTUBRE | $ 1.734.822 | $ 252.700 | 37998098 |
| 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 |
|---|---|---|---|
| $ 9.112.320 | $ 14.569.906 | $ 14.569.906 | $ 0 |

## 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 TÉCNICO EN HIGIENE ORAL PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LOS PROCESOS DE GESTIÓN DE CONSULTA EXTERNA, CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Relación de actividades para el periodo: Desde: 2019-09-01 Hasta: 2019-09-30

| | OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta) | DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN |
|---|---|---|
| 1 | 1. Prestar sus servicios como Higienista oral para el desarrollo de las actividades conforme al estándar institucional (10 actividades por hora) 2. Apoyar la prestación de servicios de odontología, presentando la información y/o soportes que soliciten y que correspondan al objeto y/o actividades contractuales. 3. Apoyar actividades del proceso de limpieza, desinfección y esterilización conforme a protocolos institucionales 4. Apoyar la realización de las actividades que realice el odontólogo del servicio 5. Cumplir con las normas de bioseguridad.6. Desarrollar las actividades para el fortalecimiento de los centros de atención primarios (USS) en el marco del convenio 1219 de 2017 | 1. Control de Placa 2. Educación en salud 3. Realización de profilaxis 4. Aplicación de Sellantes foto curado 5.Aplicación tópica de flúor 6. Detartraje supra gingival preventivo 7. Total Actividades de Promoción y Prevención 10. Registro diario en el RIPS 11. Desinfección de la unidad odontológica 12. Entrega de informe mensual 13. Diligenciamiento de la historia clínica de higiene oral. 14. Cumplimiento de las normas de bioseguridad 15. realización de demanda inducida. 16. socialización de derechos y deberes 17. adherencia de las guías 18 Apoyo al odontologo en las actividades diarias. elaboracion de informes de esterilizacion del piaps y del area de reseña. 19. diligenciamiento de formatos de humedad y temperatura del area de esterilizacion y del consultorio odontologico. 20. diligenciamiento de formatos de ingreso y egreso del area de reseña. 21. informe mensual del instrumental de reseña. 22 informe mensual instrumental piaps 23. Inforpediatio del instrumental de reseña. 24. informe diario del instrumental del piaps formato de limpieza y desinfeccion del consultorio odontologico. 25 formato de limpieza y desinfeccion de esterilizacion. 26 . inventario diario de insumos odontologicos . 27. diligenciamiento de formatos de seguimiento curvas dentales. 28. archivo de Historias clínicas. 29. informe de esterilización area de reseña. |
| 2 | | |
| 3 | | |
| 4 | | |
| 5 | | |
| 6 | | |
| 7 | | |
| 8 | | |
| 9 | | |
| 10 | | |

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

Angela P. Rojas U.
Firma del Contratista

C.C. 52.506.295 de BOGOTA

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS | |
|---|---|
| NOMBRE: | GUILLERMO RUBIO |
| CARGO: | LIDER |
| FIRMA | |