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 CONTRATACIÓN
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 03
FECHA: 2021-12-27

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 2085 2024	**C.D.P. No.:**	280	**Proceso que pertenece:**	MISIONAL
				Servicio al que pertenece:	
				Unidad a la que pertenece:	UHMES SAN BLAS

Nombre del Contratista: ANGIE KATHERINE RONCANCIO SIERRA **C.C.** 1.053.342.834 **de:** CHIQUINQUIRA

Fecha Inicio: 2024-01-21 **Fecha Terminación inicial:** 2024-03-20 **Valor Mensual:** $ 1.855.080 **Valor a cobrar:** $ 1.030.600

ADICION/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO PLANILLA
1	ENERO	$ 1.030.600	$ 385.400	8373328954	19/01/2024
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 4.534.640	$ 4.534.640	$ 1.030.600	$ 3.504.040

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOSTECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA II PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2024-01-21 **Hasta:** 2024-01-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO	
		ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUTO O EVIDENCIA
1	Prestar el servicio de conformidad con la asignación de actividades acordadas con el supervisor del contrato para el desarrollo de las mismas .	Se presto el servicio de conformidad con la asignación de actividades acordadas con el supervisor del contrato para el desarrollo de las mismas durante el mes de ENERO	Programacion de actividades diarias
2	Realizar actividades propias del cuidado de enfermeria cumpliendo los protocolos institucionales previniendo acciones inseguras en la prestación de servicios de salud (recibo y entrega de turno, actividades de enfermeria y demás actividades que se deriven del proceso de enfermeria	Se Realizo las actividades propias del cuidado de enfermeria cumpliendo los protocolos institucionales previniendo acciones inseguras en la prestación de servicios de salud (recibo y entrega de turno, actividades de enfermeria y demás actividades que se deriven del proceso de enfermeria en el mes de ENERO	Historias Clinicas Aplicativo Dinamica
3	Notificar inmediatamente las acciones inseguras ocurridas a sus pacientes al médico de turno, jefe inmediato y en el sistema de reporte.	Se Notificaron de inmediatamente las acciones inseguras ocurridas a sus pacientes al médico de turno, jefe inmediato y en el sistema de reporte en el mes de ENERO	Historias Clinicas Aplicativo Dinamica y reportes de sucesos de seguridad
4	Informar a la enfermera jefe del servicio y al médico tratante, sobre los cambios del estado clinico de los pacientes en forma oportuna y adecuada	se informo a la enfermera jefe del servicio y al médico tratante, sobre los cambios del estado clinico de los pacientes en forma oportuna y adecuada durante el mes	Historias Clinicas Aplicativo Dinamica
5	Revisar la Historia clinica de los pacientes asignados conociendo su evolución diaria, tratamiento, para realizar el plan de cuidado de Enfermeria integral del paciente	Se Revisaron las Historias clinicas de los pacientes asignados conociendo su evolucion diaria, tratamiento, para realizar el plan de cuidado de Enfermeria integral del paciente durante el mes de ENERO	Historias Clinicas Aplicativo Dinamica
6	Diligenciar los registros de las atenciones, procedimientos, actividades e intervenciones, que permita mantener actualizados los informes estadisticos definidos por la normatividad vigente y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación	Se Diligenciaron los registros de las atenciones, procedimientos, actividades e intervenciones, que permita mantener actualizados los informes estadisticos definidos por la normatividad vigente y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación	Historias Clinicas Aplicativo Dinamica

CUENTA DE COBRO No. 1- 2024
LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
NIT 900.959.051-7

DEBE A

ANGIE KATHERINE RONCANCIO SIERRA
C.C.1053342834 DE CHIQUINQUIRA

LA SUMA DE:

($1.030.600) UN MILLON TREINTA MIL SEISCIENTOS PESOS M/CTE

Por concepto de: 100 HORAS Honorarios por Prestación de Servicios en cumplimiento del Contrato No. PS 2085 2024, con afiliación ARL RIESGO 3 correspondiente al mes de ENERO 21/01/2024 AL 31/01/2024

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS DE ACUERDO A SU PERFIL ACADEMICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES DE AUXILIAR DE ENFERMERIA CON DISPONIBILIDAD DE CUMPLIMIENTO DE LA MISION Y LA VISION DE LA SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Angie Roncancio

ANGIE KATHERINE RONCANCIO SIERRA
C.C.1053342834 DE CHIQUINQUIRA
Cel. 3144322012
Dir: TRAV 53 N° 1-22
Cuenta: 94414625104 BANCO: BANCOLOMBIA
31 DE ENERO 2024

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

Señor(a): ANGIE KATHERINE RONCANCIO SIERRA
No. Identificación: CC1053342834
Dirección: TRANVERSAL 53 # 1 -22
Telefono: 4322012
Correo: angiekaterine.94@hotmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8373328954

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	ANGIE KATHERINE RONCANCIO SIERRA
Tipo y número de identificación	CC1053342834
Número de planilla	8373328954
Fecha pago	2024-01-19
Número de autorización pago	93932051
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	diciembre de 2023
Periodo de Cotización Pensión	diciembre de 2023
Número de Administradoras	4
Total Pagado	385400
Total Intereses de Mora	3300

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	28600	1
230301	Porvenir	187200	1
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	23400	1
EPS008	Compensar EPS	146200	1

8373328954

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1053342834
APELLIDOS Y NOMBRES: ANGIE KATHERINE RONCANCIO SIERRA

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	1160000	1160000	1160000	1160000	145000	0	185600	0	28300	23200

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

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner