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:	PS 3088 2020	**C.D.P. No.:**	9	**Proceso al que pertenece:**	DIRECCION DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS CITOCENTRO
				Unidad a la que pertenece:	UMHES SAN BLAS

Nombre del Contratista: AROCA ALBINO ANA ISABEL **C.C.** 52.306.466 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2020-02-01 **Fecha Terminación Inicial:** 2020-07-31 **Valor Mensual:** $ 1.674.372 **Valor a cobrar:** $ 1.620.360

ADICIÓN/ 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				
21				
22				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	FEBRERO	$ 1.620.360	$ 271.700	8603503919
2	MARZO	$ 1.620.360	$ 271.700	8604979123
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
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
$ 10.046.232	$ 10.046.232	$ 3.240.720	$ 6.805.512

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 Laboratorio y/o Auxiliar de Enfermería con certificación de competencias en laboratorio clínico para la ejecución de actividades asistenciales en los procesos de gestión de servicios complementarios conforme a las necesidades de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2020-03-01 **Hasta:** 2020-03-31

	OBLIGACIONES ESPECIFICAS (Las ampliadas en lo mayor)	DESCRIPCION DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACION
1	Recepcionar y verificar muestras de citología vaginal.	Atención a los funcionarios de los hospitales recibiendo y verificando cada una de las láminas y protocolos entregados al laboratorio para su procesamiento y lectura; validando número de identificación de la paciente y placa.
2	Marcar las láminas recepcionadas para su procesamiento.	Se marcan las láminas que fueron aceptadas para el procesamiento y lectura, con el respectivo consecutivo interno del laboratorio.
3	Colocar stiker a protocolos.	Teniendo en cuenta las láminas recepcionadas se procesan los stiker con el consecutivo interno del laboratorio y se pegan en cada uno de los protocolos segun su placa.
4	Realizar coloración y montaje de láminas de citologías.	Las láminas recepcionadas se proceden a procesar de la siguiente manera: lavado en agua, lavado en alcohol, lavado en agua y montaje en procesador para su debida coloración.
5	Entregar láminas para control negativas.	Realizar la recolección de las láminas leídas diariamente por el equipo de citólogas, procesar el control negativas por el sistema y seleccionar las láminas aleatoriamente escogidas por el sistema para control de negativas por el patólogo.
6	Archivar láminas.	Diariamente se recolectan las láminas leídas en la jornada por las citólogas y las leídas por los patólogos en los controles de positivas y negativas, se organizan por el consecutivo y se proceden a archivar.
7		
8		
9		
10		

Observaciones: 180 HORAS

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

Ana Aroca
Firma del Contratista

C.C. 52.306.466 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	MAURICIO CUBEROS MORALES
CARGO:	DIRECTOR SERVICIOS COMPLEMENTARIOS
FIRMA	

ASOPAGOS s.a.

RAZON SOCIAL:	ANA ISABEL AROCA ALBINO
IDENTIFICACION:	CC-52306466
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2020-03-09
FECHA DE PAGO:	2020-03-09
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO AV VILLAS
PERIODO PENSION:	2020-03
PERIODO SALUD:	2020-03
NUMERO PLANILLA:	8604979123
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8693259765
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS037	900156264	NUEVA E.P.S. S.A.	1	$ 0	$ 109.800	$ 109.800
25-14	900336004	COLPENSIONES	1	$ 0	$ 140.500	$ 140.500
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 0	$ 21.400	$ 21.400
		Total a pagar		$ 0	$ 271.700	$ 271.700

PAGADO