

I. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: **PS-1309 2020** C.D.P. No.: **13** Proceso al que pertenece: **GESTIÓN AMBULATORIA**
 Unidad a la que pertenece: **QUIRÓFANOS**
 Nombre del Contratista: **JENNIFER ANDREA MUÑOZ SAENZ** C.C.: **1.033.715.921** de: **BOGOTÁ**
 Fecha Inicio: **2020-02-03** Fecha Terminación Inicial: **2020-07-31** Valor Mensual: **\$ 2.678.220** Valor a cobrar: **\$ 2.678.220**

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 2020	\$ 2.678.220	\$ 331.600	8340672670
2	MARZO 2020	\$ 2.678.220	\$ 331.600	8341469754
3	ABRIL 2020	\$ 2.678.220	\$ 331.600	41848837
4	MAYO 2020	\$ 2.678.220	\$ 331.600	42503043
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
	\$ 16.604.964	\$ 16.604.964	\$ 10.712.880	\$ 5.892.084

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

OBJETO DEL CONTRATO

Prestar los servicios profesionales de enfermería en consulta externa para la ejecución de actividades asistenciales en los diferentes servicios de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente.

Relación de actividades para el período: Desde: **2020-05-01** Hasta: **2020-05-31**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las consignadas en la muestra)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERÍODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1. Prestar sus servicios profesionales como enfermera en el servicio de consulta externa, en lo relacionado con actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad según ciclo vital, programas de atención y condiciones de los usuarios, programación y supervisión de las actividades que realizan las auxiliares de enfermería y demás procedimientos, actividades y reportes que se deriven de la atención relacionada con su profesión según la demanda de usuarios y necesidad del Servicio, de acuerdo a la disponibilidad de tiempo teniendo en cuenta el cronograma presentado por el contratista, sujetándose a la normatividad vigente en el marco del sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud para el ejercicio de la profesión, acogiéndose las guías y protocolos definidos por la Subred.	Se realiza consulta, donde se detecta alteraciones del menor de 10 años, detección de alteración del embarazo (Control prenatal), Asesoría pre y post test de VIH (gestantes), Planificación familiar hombres y mujeres en edad fértil, Toma y entrega de citología vaginal a mujeres objeto del programa. Liderar y organizar actividades junto con el equipo de trabajo que se encuentre a cargo del desarrollo de programas específicos de los centros de atención del proceso ambulatorio dirigidos a la población objeto del contrato. Se direcciona los usuarios según el tipo de necesidad que tengan a los diferentes procesos y servicios de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente tales como: Agudeza visual, Consejería pre y post, Consulta adulta, Consulta crecimiento y desarrollo, Consulta gestantes, Consulta joven, Curso preparación para la maternidad, Laboratorios, Micronutrientes, Nutrición, Partos, Planificación familiar, Recién nacido, salud oral, Toma y entrega de citologías, Vacunación, Hospitalización y urgencias y otros servicios.	HISTORIAS CLINICAS- RIPS
2. Realizar procedimientos como toma de citologías, inserción DIU entre otras según la demanda del servicio	Hacer los diferentes procedimientos correspondientes a las actividades de consulta externa realizando los respectivos	HISTORIAS CLINICAS- RIPS- CONSENTIMIENTO INFORMADO
3. Realizar seguimiento a los programas de promoción de la salud y detección de la enfermedad usuarios crónicos y gestantes conforme a necesidades del servicio	Liderar y organizar actividades con el equipo de trabajo que se encuentre a cargo del desarrollo de programas específicos de los centros de atención del proceso ambulatorio dirigidos a la población objeto, para el respectivo seguimiento.	HISTORIAS CLINICAS- RIPS- BASES DE DATOS SEGUIMIENTO A USUARIOS
4. Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente	Realizar los respectivos reportes de los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida, según corresponda, siguiendo la normatividad vigente	FICHAS DE NOTIFICACION
5. Cumplir con las normas de bioseguridad, limpieza y desinfección conforme a los protocolos y guías institucionales	Se realiza limpieza, desinfección cumpliendo las normas de bioseguridad cumpliendo con el protocolo institucional	VERIFICACION DE FORMATO DE DESINFECCION A CONSULTORIOS
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

C.C. **1.033.715.921** de **BOGOTÁ**

Firma del Contratista

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	EDILSA ESTHER MAURY BELLO
CARGO:	DIRECTORA TÉCNICA AMBULATORIOS
FIRMA:	



DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1033715921	Jennifer Andrea Muñoz Saenz	Carretera 35 b sur #9 a 28	3615153	jennimua111@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CUIDAD / MUNICIPIO	
UNICA	1 - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLAOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2020-04	2020-04	1	11/05/2020	42500043	\$192.300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD									
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor	
EPS008	Compensar EPS	860065942-7	134.000	0	0	0	0	0	0
					0	0	0	0	1

TOTALES PENSION									
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización
231001	Colindos	860271940-6	32.200	0	0	0	0	0	0
									1

TOTALES RIESGOS LABORALES									
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización
				No. Autorización	Valor				
14-7	Seguros Bolívar S.A.	860002503-2	26.100				26.100	0	0
									1

TOTALES CAJAS						
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar

TOTALES PARAFISCALES			
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar
SENA			
0	0	0	0
ICBF			
0	0	0	0
ESAP			
MEN			

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IR y Mora	Total a Pagar
Salud	1	134.000	134.000
Pensión	1	32.200	32.200
Riesgos Laborales	1	26.100	26.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	192.300	192.300