Secretaría Distrital 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 3435 2020	**C.D.P. No.:**	13	**Proceso al que pertenece:**	AMBULATORIOS
				Unidad a la que pertenece:	CAPS CHIRCALES / DIANA TURBAY

Nombre del Contratista: JOHANNA NATALIA ACOSTA OROZCO **C.C.** 1.022.963.387 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2020-02-04 **Fecha Terminación Inicial:** 2020-07-31 **Valor Mensual:** $ 2.678.220 **Valor a cobrar:** $ 2.678.220

ADICION/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
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	$ 2.678.220	$ 332.600	8505467711
2				
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
	$ 16.604.964	$ 16.604.964	$ 2.678.220	$ 13.926.744

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE ENFERMERIA EN CONSULTA EXTERNA PARA LA EJECUCION DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LOS DIFERENTES SERVICIOS DE LKA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2020-02-04 **Hasta:** 2020-02-29

	OBLIGACIONES ESPECIFICAS (descripción de la obligación)	DESCRIPCION DEL DESARROLLO (ACTIVIDADES O PRODUCTOS REALIZADOS EN EL PERIODO RELACIONADOS CON CADA OBLIGACION)	
1	PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA, EN LO RELACIONADO CON ACTIVIDADES DE PROMOCION DE LA SALUD Y PREVENCION DE LA ENFERMEDAD SEGUN CICLO VITAL, PROGRAMAS DE ATENCION Y CONDICION DE LOS USUARIOS, PROGRAMACION Y SUPERVISION DE LAS ACTIVIDADES QUE REALIZAN LAS AUXILIARES DE ENFERMERIA Y DEMAS PROCEDIMIENTOS, ACTIVIDADES Y REPORTES QUE DERIVEN LA ATENCION RELACIONADA CON SU PROFESION SEGUN LA DEMANDA DE USUARIOS Y NECESIDAD DEL SERVICIO, DE ACUERDO A LA DISPONIBILIDAD DE TIEMPO TENIENDO EN CUENTA EL CRONOGRAMA PRESENTADO POR EL CONTRATISTA, SUJETANDOSE A LA NORMATIVIDAD VIGENTE EN EL MARCO DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE LA CALIDAD EN SALUD PARA EL EJERCICIO DE LA PROFESION, ACOGIENDOSE A LAS GUIAS Y PROTOCOLOS DEFINIDAS POR LA SUBRED.	SE REALIZA CONSULTA DONDE SE DETECTA ALTERACIONES DEL MENOR DE 10 AÑOS, DETECCION DE ALTERACIONES DEL EMBARAZO (CONTROL PRENATAL), ASESORIA PRE Y POST TEST DE VIH (OBSTANTES), PLANIFICACION FAMILIAR HOMBRES Y MUJERES EN EDAD PERTIL, TOMA Y ENTREGA DE CITOLOGIA VAGINAL A MUJERES OBJETO DEL PROGRAMA. LIDERAR Y ORGANIZAR ACTIVIDADES JUNTO CON EL EQUIPO DE TRABAJO QUE SE ENUENTRE A CARGO DEL DESARROLLO DE PROGRAMAS ESPECIFICOS DE LOS CENTROS DE ATENCION DEL PROCESO AMBULATORIO DIRIGIDAS A LA POBLACION OBJETO DEL CONTRATO. SE DIRECCIONA A LOS USUARIOS SEGUN EL TIPO DE NECESIDAD QUE TENGAN LOS DIFERENTES PROCESOS Y SERVICIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTROORIENTE TALES COMO: AGUDEZA VISUAL, CONSEJERIAS PRE Y POST TEST VIH, CONSULTA ADULTO, ACONSULTA CRECIMIENTO Y DESARROLLO, CONSULTA OBSTANTES, CONSULTA JOVEN, CURSO DE PREPARACION PARA LA MATERNIDAD Y PATERNIDAD RESPONSABLE, LABORATORIOS, MICRONUTRIENTES, NUTRICION, PARTOS, PLANIFICACION FAMILIAR, RECIEN NACIDO, SALUD ORAL, TOMA Y ENTREGA DE CITOLOGIAS, VACUNACION, HOSPITALIZACION Y URGENCIAS Y OTROS SERVICIOS.	
2	REALIZAR PROCEDIMIENTOS COMO TOMA DE CITOLOGIAS, INSERCIOND DE DIU E IMPLANTES SUBDERMICOS ENTRE OTRAS SEGUN LA DEMANDA DEL SERVICIO	HACER LOS DIFERENTES PROCEDIMIENTOS CORRESPONDIENTES A LAS ACTIVIDADES DE CONSULTA EXTERNA REALIZANDO LOS RESPECTIVOS REGISTROS HISTORIA CLINICA Y RIPS	
3	REALIZAR SEGUIMIENTO A LOS PROGRAMAS DE PROMOCION DE LA SALUD Y DETECCION DE LA ENFERMEDAD CONFORME A NECESIDADES DEL SERVICIO	LIDERAR Y ORGANIZAR ACTIVIDADES CON EL EQUIPO DE TRABAJO QUE SE ENCUENTRE A CARGO DEL DESARROLLO DE PROGRAMAS ESPECIFICOS DE LOS CENTROS DE ATENCION DEL PROCESO AMBULATORIO DIRIGIDAS A LA POBLACION OBJETO DEL CONTRATO, PARA EL RESPECTIVO SEGUIMIENTO	
4	REPORTAR LOS EVENTOS DE NOTIFICACION OBLIGATORIA CON LA OPORTUNIDAD ESTABLECIDA EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE.	REPORTAR LOS EVENTOS DE NOTIFICACION OBLIGATORIA CON LA OPORTUNIDAD ESTABLECIDA EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE.	
5	CUMPLIR CON LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD, LIMPIEZA Y DESINFECCION CONFORME A LOS PROTOCOLOS Y GUIAS INSTITUCIONALES	CUMPLIR CON LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD, LIMPIEZA Y DESINFECCION CONFORME A LOS PROTOCOLOS Y GUIAS IN STITUCIONALES	
6			
7			
8			
9			
10			

Observaciones:

Se anexa certificación de pago a Salud, pension y ARL.
En caso de tener contrato nuevo se debe anexar también la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro

Johanna Acosta.
Firma del Contratista

C.C. 1.022.963.387 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	NELSON JAVIER MALDONADO AVENDAÑO
CARGO:	DIRECTOR TECNICO ADMINISTRATIVO
FIRMA	

RESUMEN PLANILLA PAGADA

ASOPAGOS s.a.

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

ENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 1022963387	0	JOHANNA NATALIA ACOSTA OROZCO	I	0	POSITIVA - 14-23	ÚNICA	7490	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO		EMAIL			EXENTO DE PARAFISCALES
11-1	CR 7 D N 99 15 SUR BR LAS FLORES		0		nataliaacosta73@gmail.com			N

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN

) PENSIÓN	PERIODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERES X MORA	ENTIDAD RECAUDO
20-01	2020-01	8605467711	I	2020-02-24	TODOS LOS CENTROS	BOGOTA D.C	BOGOTA	333.600	1.000	Banco Occidente
LIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LIMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
de 1	8653280195	2020-02-24	Pagada							

TOTALES IBC

IBC PENSIÓN	IBC SALUD	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	IBC PARAF
1.074.708	1.074.708	1.074.708	0	0

RESUMEN DE PAGO

SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
AFP(Administradoras: 1)				1	172.000	0	0	172.000
PROTECCION	230201	800229739	0	1	172.000	0	0	172.000
EPS(Administradoras: 1)				1	134.400	0	0	134.400
SANITAS	EPS005	800251440	6	1	134.400	0	0	134.400
ARP(Administradoras: 1)				1	26.200	0	0	26.200
POSITIVA	14-23	860011153	6	1	26.200	0	0	26.200
Gran Total					332.600	0	0	332.600