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: 02
FECHA: 2020-05-04

## 1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. CONTRATO - OPS:** | PS 3367-2020 | **C.D.P. No.:** | 13 | **Proceso al que pertenece:** | AMBULATORIO |
| | | | | **Unidad a la que pertenece:** | SAN CRISTOBAL |

**Nombre del Contratista:** DIANA CONSTANZA BRICEÑO **C.C.** 52.788.157 **de:** BOGOTA

**Fecha Inicio:** 2020-02-01 **Fecha Terminación incial:** 2020-07-31 **Valor Mensual:** $ 2.187.213 **Valor a cobrar:** $ 2.187.213

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | $ 1.800.359 | 2101 | 2020-08-01 | 2020-08-31 |
| 2 | $ 2.499.672 | 2713 | 2020-09-01 | 2020-09-30 |
| 3 | $ 2.499.672 | 3207 | 2020-10-01 | 2020-10-31 |
| 4 | $ 1.844.996 | 3442 | 2020-11-01 | 2020-11-30 |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |
| 14 | | | | |
| 15 | | | | |
| 16 | | | | |
| 17 | | | | |
| 18 | | | | |
| 19 | | | | |
| 20 | | | | |
| 21 | | | | |
| 22 | | | | |

| N° CTA | MES DE CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR | VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL | NÚMERO DE PLANILLA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | FEBRERO | $ 2.395.519 | $ 288.100 | 1026871460 |
| 2 | FEBRERO | | $ 9.000 | 1027774106 |
| 3 | MARZO | $ 2.291.366 | $ 296.800 | 1027616749 |
| 4 | ABRIL | $ 1.874.754 | $ 296.800 | 1029238732 |
| 5 | MAYO | $ 2.291.366 | $ 296.800 | 1030005958 |
| 6 | JUNIO | $ 2.083.060 | $ 296.800 | 1030006306 |
| 7 | JULIO | $ 2.499.672 | $ 296.800 | 1030663542 |
| 8 | AGOSTO | $ 2.291.366 | $ 296.800 | 1031993484 |
| 9 | SEPTIEMBRE | $ 2.157.455 | $ 296.800 | 1031993499 |
| 10 | OCTUBRE | $ 2.395.519 | $ 296.800 | 1033107573 |
| 11 | NOVIEMBRE | $ 2.187.213 | $ 296.800 | 1033110154 |
| 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 |
|---|---|---|---|
| $ 13.926.744 | $ 22.571.443 | $ 22.467.290 | $ 104.153 |

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

**OBJETO DEL CONTRATO**

**Relación de actividades para el periodo:** **Desde:** 2020-11-01 **Hasta:** 30/11//2020

| | OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta) | DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACION | PRODUTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 1 | | | Se puede verificar por RIPS archivados en área de estadistica |
| 2 | 1. Prestar sus servicios profesionales como enfermera en el servicio de consulta externa , en lo relacionado con actividades de promoción de la salud y detección de la enfermedad según curso de vida, 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 las necesidades del servicio, sujetándose a la normatividad vigente en el marco del sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud para el ejercicio de la profesión, ogiéndose las guías y protocolos definidas por la Subred. 2. Realizar procedimientos de acuerdo a su competencia.3. Realizar seguimiento a los programas de promoción de la salud y detección de la enfermedad conforme a necesidades del servicio, así como de eventos de interés en salud pública 4. Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.5. Cumplir con las normas de bioseguridad, limpieza y desinfección conforme a los protocolos y guías institucionales. 6. Apoyar el proceso de gestión y operación de: BAI, SIVIGILA, IAAS, EEVV, Patologías y Eventos de Alto Costo, seguimiento y monitoreo de Cohortes según grupos de riesgo priorizados en el marco del MIAS.7. Apoyar el proceso de gestión de fuentes de información y bases de datos relacionadas con las cohortes de seguimiento.8. Desarrollar las actividades para el fortalecimiento de los centros de atención primarios (CAPS) en el marco del convenio 1219 de 2017 | 1.Seguimiento del programa de crecimiento y desarrollo y programa de trasmisibles actualizacion bases de datos,demanda inducida ) informe Mensual 2.Supervisión de desinfección de consultorio (21), Y entrega de informes al área de estadistica 3.Entrega de informe de crecimiento y desarrollo y programa TBC . . 4.Se cumplió con los protocolos de bioseguridad y se cumplió con las guías de acuerdo a la consulta 5.Consultas de Crecimiento y Desarrollo x 30 minutos (menores de 10 años) (17 consultas) 6.Consultas de Ingreso al control prenatal (X 30 MNUTOS ) (20 consultas) 7. Consultas de Planificación Familiar DE 1RA VEZ X 30 MINUTOS ( 35 consultas ), 8. Consulta de control de planificacion familiar ( 38 consultas ) , 9. .Consejeria en Pre-test y Post-tes VIH-SIDA x 30min (110 consultas ) 10., Tomas rapidas vih, sifilis, hepatitis B ( 120 tomas ) 10. Citologia Vaginal ( 45 consultas) | Se puede revisar sistema dinamico para consulta de historias clinicas |
| 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

Firma del Contratista

**C.C.** 52.788.157 **de** BOGOTA

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS | |
|---|---|
| NOMBRE: | |
| CARGO: | |
| FIRMA | |

Simple

| Información de la Planilla Pagada | |
|---|---|
| Nit de comercio Operador de Información | 900097333-9 |
| Razón Social del Operador de Información | SIMPLE S.A. |
| Descripción | Pago de Seguridad Social |
| Fecha | 2020-11-16, 12:48:06 PM en horario extendido |
| Periodo de Cotización Otros Riesgos | octubre de 2020 |
| Periodo de Cotización Para Salud | octubre de 2020 |
| Empresa | DIANA CONSTANZA BRICEÑO RIASCOS |
| CEDULA CIUDADANIA | CC 52788157 |
| Código Sucursal (Nombre) | ( ) |
| Referencia de Pago/ Número Planilla | 1033110154 |
| Tipo de Planilla | I |
| Número Transacción Bancaria/ CUS | 801206110 |
| Banco | (1051) - BANCO DAVIVIENDA |
| Valor | $ 296.800 |
| Estado de la Transacción | Aprobada |
| Dirección IP de Origen | 10.42.20.1 |

| Nit | Código | Administradora | Número Afiliados | Valor sin Mora | Total Intéreses Mora |
|---|---|---|---|---|---|
| N900336004 | 25-14 | COLPENSIONES | 1 | $ 153.500 | $ 0 |
| N830003564 | EPS017 | ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR LIMITADA CAFAM-COLSUBSIDIO | 1 | $ 119.900 | $ 0 |
| N860002503 | 14-7 | CIA. DE SEGUROS BOLIVAR S.A. | 1 | $ 23.400 | $ 0 |
| | | | | | |
| | | | SubTotales: | $ 296.800 | $ 0 |
| | | | Total a Pagar: | | $ 296.800 |



Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!