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 3386 2020 | C.D.P. No.: | 13 | Proceso al que pertenece: | AMBULATORIO- ENFERMERIA |
| | | | | Unidad a la que pertenece: | UMHES MATERNO INFANTIL |
| Nombre del Contratista: | MIRIAM DEL PILAR BERNAL TRIANA | C.C. | 52.767.679 | de: | Bogotá |
| Fecha Inicio: | 2020-02-01 | Fecha Terminación Incial: | 2020-07-31 | Valor Mensual: | $ 1.550.400 |
| Valor a cobrar: | $ 1.639.631 | | | | |

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | $ 1.292.320 | 2101 | 2020-08-01 | 2020-08-31 |
| 2 | $ 1.817.325 | 2713 | 2020-09-01 | 2020-08-31 |
| 3 | $ 1.526.553 | 3207 | 2020-10-01 | 2020-10-31 |
| 4 | $ 1.566.938 | 3832 | 2020-11-01 | 2020-11-30 |
| 5 | $ 3.335.801 | | 2020-12-01 | 2021-01-31 |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |

| Nº CTA | MES DE CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR | VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL | NÚMERO DE PLANILLA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | FEBRERO | $ 1.486.168 | $ 271.500 | 1028476462 |
| 2 | MARZO | $ 1.486.168 | $ 271.700 | 1027416797 |
| 3 | ABRIL | $ 1.421.552 | $ 271.700 | 1028177963 |
| 4 | MAYO | $ 1.470.014 | $ 271.700 | 1029545642 |
| 5 | JUNIO | $ 1.405.398 | $ 157.600 | 1029545795 |
| 6 | JULIO | $ 1.566.938 | $ 271.700 | 1030378033 |
| 7 | AGOSTO | $ 1.356.936 | $ 271.700 | 1031796434 |
| 8 | SEPTIEMBRE | $ 1.591.169 | $ 271.700 | 1032340040 |
| 9 | OCTUBRE | $ 1.583.092 | $ 271.700 | 1033102900 |
| 10 | NOVIEMBRE | $ 1.453.860 | $ 271.700 | 1033645824 |
| 11 | DICIEMBRE | $ 1.639.631 | $ 271.700 | 1034134821 |
| 12 | | | | |

| Resumen de contrato | VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|---|
| | $ 8.917.008 | $ 18.455.945 | $ 16.460.926 | $ 1.995.019 |

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

**OBJETO DEL CONTRATO**

PRESTAR SUS SERVICIOS PERSONALES DE APOYO, EN SU CONDICIÓN DE TECNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERIA, PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES, EN LOS PROCESOS DE GESTION AMBULATORIA Y RIESGO, CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

**Relación de actividades para el periodo:** Desde: 1/12/2020 Hasta: 31/12/2020

| | OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta) | DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | |
|---|---|---|---|
| 1 | Prestar sus servicios como auxiliar de enfermería, en lo relacionado con actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, en actualización de bases de datos, asignación de citas, demanda inducida, seguimiento, vacunación, esterilización, desinfección de consultorios y demás | Cumple con la actividad desde el servicio de vacunacion, registra oportunamente y aplica los protocolos establecidos por la Sub Red en cada una de sus actividades. | Nota de Enfermeria de historia clinica |
| 2 | Apoyar los procesos relacionados con SIVIGILA, IAAS, BAI, EEVV y seguimiento a cohortes. | Cumple con la actividad entregando oportunamente la informacion relacionada desde su area a las entes de control interno y externo. | Informe mensual a PAI de la Subred |
| 3 | Realizar actividades de educación a usuarios y familiares conforme a lo requerido en la subred. | Se realiza la actividad desde el proceso asignado a las usuarias que lo requieren. | Nota de Enfermeria de historia clinica |
| 4 | Cumplir con las normas de bioseguridad, limpieza y desinfección conforme a los protocolos y guías institucionales. | Se realiza esta actividad, aplica los protocolos y guias. | Se Evidencia en las actas de visita de infecciones y epidemiologia |
| 5 | Apoyar actividades relacionadas con el proceso de acreditación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro oriente E.S.E. | Cumple con la actividad, se refleja en el registro de los usuarios atendidos y las notas de enfermeria. | Actas de visita de Vacunacion PAI |
| 6 | Realizar de manera oportuna y eficaz las funciones especificas mensionadas con el objeto de garantizar la adecuada atencion de pacientes de una manera eficiente y altamente humanizada, apoyando y gestionando de manera | Cumple con la actividad, se refleja en el registro de los usuarios atendidos y las notas de enfermeria. | Nota de Enfermeria de historia clinica |

**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. 52.767.679 de Bogotá

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS | |
|---|---|
| NOMBRE: | DIANA ISABEL MORA MORALES |
| CARGO: | REFERENTE DE SERVICIOS AMBULATORIOS |
| FIRMA | |

Escaneado con CamScanner

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 | 2020-12-02, 07:30:48 PM en horario extendido |
| Periodo de Cotización Otros Riesgos | noviembre de 2020 |
| Periodo de Cotización Para Salud | noviembre de 2020 |
| Empresa | MYRIAM DEL PILAR BERNAL TRIANA |
| CEDULA CIUDADANIA | CC 52767679 |
| Código Sucursal (Nombre) | ( ) |
| Referencia de Pago/ Número Planilla | [redacted] |
| Tipo de Planilla | I |
| Número Transacción Bancaria/ CUS | 819541407 |
| Banco | (1051) - BANCO DAVIVIENDA |
| Valor | $ 271.700 |
| Estado de la Transacción | Aprobada |
| Dirección IP de Origen | 10.0.19.58 |

| Nit | Código | Administradora | Número Afiliados | Valor sin Mora | Total Intéreses Mora |
|---|---|---|---|---|---|
| N900336004 | 25-14 | COLPENSIONES | 1 | $ 140.500 | $ 0 |
| N830003564 | EPS017 | ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR LIMITADA CAFAM-COLSUBSIDIO | 1 | $ 109.800 | $ 0 |
| N860002503 | 14-7 | CIA. DE SEGUROS BOLIVAR S.A. | 1 | $ 21.400 | $ 0 |
| | | | | | |
| | | SubTotales: | | $ 271.700 | $ 0 |
| | | Total a Pagar: | | | $ 271.700 |



Lineas 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!

Escaneado con CamScanner