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 3411 2020 **C.D.P. No.:** 13 **Proceso al que pertenece:** PROCESO ASISTENCIAL
Unidad a la que pertenece: CAPS SANTA CLARA

Nombre del Contratista: ADRIANA PAOLA ESPITIA ALBARRARIN **C.C.** 1.026.564.789 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2020-02-11 **Fecha Terminación incial:** 2020-07-31 **Valor Mensual:** $ 1.534.630 **Valor a cobrar:** $ 1.534.630

ADICIÓN/ OTROSI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 977.317	0	01/07/2020	31/08/2020
2	$ 961.163	0	01/09/2020	30/09/2020
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	FEBRERO	$ 1.534.630	$ 272.700	40863247
2	MARZO	$ 1.575.015	$ 272.700	41180509
3	ABRIL	$ 1.470.014	$ 271.700	41879977
4	MAYO	$ 1.461.937	$ 157.600	42552037
5	JUNIO	$ 1.365.013	$ 157.600	43235566
6	JULIO	$ 1.251.935	$ 271.700	43956572
7	AGOSTO	$ 1.534.630	$ 271.700	8344646464
0				
0				
0				
0				
0				
0				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 10.031.634	$ 11.970.114	$ 10.193.174	$ 1.776.940

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS DE PAOYO, EN SU CONDICION DE TECNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA LA EJECUCION DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN PROCESOS DE GESTION AMBULATORIA Y RIESGO, CONFORME A LA NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Relación de actividades para el periodó: **Desde:** 2020-08-01 **Hasta:** 2020-08-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Atender y orientar a los pacientes y sus familiares en relación con sus necesidades y expectativas de acuerdo con las políticas institucionales y las normas vigentes.	Atendio y orientar a los pacientes y sus familiares en relación con sus necesidades y expectativas de acuerdo con las políticas institucionales y las normas vigentes.	PROGRAMACIÓN CUADRO DE ACTIVIDADES
2	Realizar las actividades de enfermería y las asignadas por el enfermero profesional, de acuerdo con los procedimientos y protocolos del servicio de consulta externa.	Realizo las actividades de enfermería y las asignadas por el enfermero profesional, de acuerdo con los procedimientos y protocolos del servicio de consulta externa.	PROGRAMACIÓN CUADRO DE ACTIVIDADES
3	Verificar las agendas de programación de consulta por especialidad.	Verifico las agendas de programación de consulta por especialidad.	PROGRAMACIÓN CUADRO DE ACTIVIDADES
4	Estar pendiente de las novedades que puedan presentar los especialistas (como cambios de agendas, etc.).	Estubo pendiente de las novedades que puedan presentar los especialistas (como cambios de agendas, etc.).	PROGRAMACIÓN CUADRO DE ACTIVIDADES
5	Verificar que las ordenes de procedimientos esté correctamente diligenciado y facturado según los procedimientos solicitados (cantidades).	Verifico que las ordenes de procedimientos esté correctamente diligenciado y facturado según los procedimientos solicitados (cantidades).	PROGRAMACIÓN CUADRO DE ACTIVIDADES
6	Propender por el cuidado y salvaguarda de los equipos biomédicos, así como la verificación del funcionamiento de los mismos.	Propendio por el cuidado y salvaguarda de los equipos biomédicos, así como la verificación del funcionamiento de los mismos.	PROGRAMACIÓN CUADRO DE ACTIVIDADES
7	Estar pendiente de la dotación de insumos del consultorio a cargo, así como de las fechas de vencimiento y demás requerimientos necesarios.	Estubo pendiente de la dotación de insumos del consultorio a cargo, así como de las fechas de vencimiento y demás requerimientos necesarios.	PROGRAMACIÓN CUADRO DE ACTIVIDADES
8	Realización de inventario diario de los consultorios asignados.	Realizo de inventario diario de los consultorios asignados.	PROGRAMACIÓN CUADRO DE ACTIVIDADES
9	Mantener el área y los equipos de los consultorios en las condiciones adecuadas de aseo y limpieza.	Mantuvo el área y los equipos de los consultorios en las condiciones adecuadas de aseo y limpieza.	PROGRAMACIÓN CUADRO DE ACTIVIDADES
10	Asistir al médico especialista en la realización de los procedimientos.	Asistio al médico especialista en la realización de los procedimientos.	PROGRAMACIÓN CUADRO DE ACTIVIDADES
11	verificar que el consentimiento informado este debidamente diligenciado y firmado por el paciente antes de iniciar el procedimiento.	verifico que el consentimiento informado este debidamente diligenciado y firmado por el paciente antes de iniciar el procedimiento.	PROGRAMACIÓN CUADRO DE ACTIVIDADES
12	Entregar y verificar los reportes de los procedimientos realizados a todos los usuarios.	Entrego y verificar los reportes de los procedimientos realizados a todos los usuarios.	PROGRAMACIÓN CUADRO DE ACTIVIDADES
13	Aplicar los procesos de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad.	Aplico los procesos de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad.	PROGRAMACION CUADRO DE ACTIVIDADES
14	Revisar y hacer seguimiento de condiciones de los consultorios, teniendo en cuenta estándares de habitación.	Reviso y hacer seguimiento de condiciones de los consultorios, teniendo en cuenta estándares de habitación.	PROGRAMACION CUADRO DE ACTIVIDADES
15	0	0	0
16	0	0	0

REALIZO 190 HORAS ENFERMERIA CAPS SANTA CLARA

adriana Espitia A
Firma del Contratista

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 1.026.564.789 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS

NOMBRE:	**SANDRA ISABEL LOAIZA GONZALEZ**
CARGO:	ENFERMERO CODIGO 243 GRADO 20
FIRMA	

Señor(es): ADRIANA PAOLA ESPITIA ALBARRACIN
Nit: CC 1026564789
Dirección: CR 14A 11-14
Teléfono: 4700708 **Fax:**
Ciudad: BOGOTA, D.C.

Respetado(s) señor(es)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:

compensar | miplanilla.com

Nombre	ADRIANA PAOLA ESPITIA A
Tipo y número de identificación	1026564789
Número de radicación planilla	8344646164
Fecha de pago	8/25/2020
Número de autorización de pago	44646164
Banco	1052
Valor Comisión	$0

Número de empleados	1
Periodo cotización salud	Julio 2020
Periodo cotización pensión	Julio 2020
Periodo cotización caja	Julio 2020
Número de administradoras	3
Total Pagado	$271.700
Total Interés mora	$0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolívar S.A.	$21.400	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	$140.500	1
EPS008	Compensar EPS	$109.800	1

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información