

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 1A FT 414 VERSIÓN: 02 FECHA: 2018-05-04																																																																																																																																	
1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO																																																																																																																																					
Nº. CONTRATO - OPS:	PS 2621	C.D.P. NÚM:	302	Proceso al que pertenece:	MEDIANA COMPLEJIDAD ASISTENCIAL																																																																																																																																
Unidad a la que pertenece:	SAN BLAS																																																																																																																																				
Nombre del Contratista:	Luz Adriana Urrego Bajarano		C.C.	1 014 256 793	de: BOGOTÁ																																																																																																																																
Fecha Inicio:	2021-02-01	Fecha Terminación Inicial:	2021-03-31	Valor Mensual:	\$ 1 652 400																																																																																																																																
				Valor a cobrar:	\$ 1 652 400																																																																																																																																
<table border="1"> <thead> <tr> <th>ADICIÓN/OTRO SI</th> <th>VALOR ADICIÓN</th> <th>CDP</th> <th>FECHA DE INICIO</th> <th>FECHA DE TERMINACIÓN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>12.476.000</td><td>302</td><td>2021-04-01</td><td>2021-04-30</td></tr> <tr><td>2</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>3</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>4</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>5</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>6</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>7</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>8</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>9</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>10</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>11</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>12</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		ADICIÓN/OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	1	12.476.000	302	2021-04-01	2021-04-30	2					3					4					5					6					7					8					9					10					11					12					<table border="1"> <thead> <tr> <th>Nº CTA</th> <th>MES DE CUENTA DE COBRO</th> <th>VALOR A PAGAR</th> <th>VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL</th> <th>NÚMERO DE PLANILLA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>FEBRERO</td><td>\$ 1.588.080</td><td>\$ 299.400</td><td>48482185</td></tr> <tr><td>2</td><td>MARZO</td><td>\$ 1.652.400</td><td>\$ 299.400</td><td>49056919</td></tr> <tr><td>3</td><td>ABRIL</td><td>\$ 1.652.400</td><td>\$ 299.400</td><td>49843851</td></tr> <tr><td>4</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>5</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>6</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>7</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>8</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>9</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>10</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>11</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>12</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA	1	FEBRERO	\$ 1.588.080	\$ 299.400	48482185	2	MARZO	\$ 1.652.400	\$ 299.400	49056919	3	ABRIL	\$ 1.652.400	\$ 299.400	49843851	4					5					6					7					8					9					10					11					12				
ADICIÓN/OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN																																																																																																																																	
1	12.476.000	302	2021-04-01	2021-04-30																																																																																																																																	
2																																																																																																																																					
3																																																																																																																																					
4																																																																																																																																					
5																																																																																																																																					
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	\$ 1.588.080	\$ 299.400	48482185																																																																																																																																	
2	MARZO	\$ 1.652.400	\$ 299.400	49056919																																																																																																																																	
3	ABRIL	\$ 1.652.400	\$ 299.400	49843851																																																																																																																																	
4																																																																																																																																					
5																																																																																																																																					
6																																																																																																																																					
7																																																																																																																																					
8																																																																																																																																					
9																																																																																																																																					
10																																																																																																																																					
11																																																																																																																																					
12																																																																																																																																					
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Resumen de contrato</th> <th>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</th> <th>VALOR TOTAL DEL CONTRATO</th> <th>PAGOS REALIZADOS</th> <th>SALDO DEL CONTRATO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>\$ 3.955.760</td> <td>\$ 8.444.390</td> <td>\$ 4.892.820</td> <td>\$ 1.551.480</td> </tr> </tbody> </table>		Resumen de contrato	VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO		\$ 3.955.760	\$ 8.444.390	\$ 4.892.820	\$ 1.551.480																																																																																																																										
Resumen de contrato	VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO																																																																																																																																	
	\$ 3.955.760	\$ 8.444.390	\$ 4.892.820	\$ 1.551.480																																																																																																																																	
2. INFORME DE ACTIVIDADES REALIZADAS Y AVANCE EN CUMPLIMIENTO DEL OBJETO DEL CONTRATO																																																																																																																																					
OBJETO DEL CONTRATO																																																																																																																																					
PRESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO DE MANERA PERSONAL Y AUTOMA EN SU CONDICIÓN DE TÉCNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LOS PROCESOS DE GESTIÓN HOSPITALARIA, URGENCIAS Y QUIRÚRGICAS, CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD E.S.E.																																																																																																																																					
Relación de actividades para el periodo:		Desde:	2021-04-01	Hasta:	2021-04-30																																																																																																																																
DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO																																																																																																																																					
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la oferta)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERÍODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN																																																																																																																																			
		PRODUCTO O EVIDENCIA																																																																																																																																			
1	PRESTAR EL SERVICIO DE CONFIRMACIÓN CON LA PROGRAMACIÓN DE AGENDA ACOPIADA CON EL SUPERVISOR DEL CONTRATO, PARA EL DESARROLLO DE SUS ACTIVIDADES.	CUMPLIR CON LA PROGRAMACIÓN ASIGNADA SEGUN MI TURNO CORRESPONDIENTE Y LAS NECESIDADES DEL SERVICIO																																																																																																																																			
2	CONTROLAR LOS SIGNOS VITALES DE CADA UNO DE LOS PACIENTES ASIGNADOS CON LA PERIODICIDAD REQUERIDA SEGUN ORDEN MEDICA, ORDEN DE ENFERMERIA Y PROTOCOLO INSTITUCIONAL INFORMANDO AL MEDICO Y ENFERMERA LAS ALTERACIONES ENCONTRADAS Y REGISTRANDOLAS EN LA HISTORIA CLINICA DIGITAL.	REALIZO CONTROL Y REGISTRO DE SIGNOS VITALES, SEGUN INDICACIONES MEDICA E INFORMO VALORES FUERA DE PARAMETROS NORMALES A MEDICO Y JEFE DE TURNO																																																																																																																																			
3	ORIENTAR Y PREPARAR A LOS PACIENTES PARA EXAMENES DIAGNOSTICOS DE ACUERDO CON LOS PROTOCOLOS DE MANEJO Y TECNOLOGIA REQUERIDA SEGUN NORMAS ESTABLECIDAS PARA CADA PROCEDIMIENTO.	PREPARO Y ORIENTO AL PACIENTE Y FAMILIA EN LA REALIZACION DE EXAMENES DIAGNOSTICOS SEGUN LOS PROTOCOLOS INSTITUCIONALES Y CON TODAS LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD																																																																																																																																			
4	REALIZAR ACTIVIDADES PROPIAS DEL CUIDADO DE ENFERMERIA PREVIENDO ACCIONES INSEGURAS EN LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD.	REALIZO TODAS LAS ACTIVIDADES DE ENFERMERIA SIEMPRE PROCURANDO EVITAR LAS ACCIONES INSEGURAS																																																																																																																																			
5	NOTIFICAR INMEDIATAMENTE LAS ACCIONES INSEGURAS OCURRIDAS A SUS PACIENTES AL MEDICO DE TURNO, JEFE INMEDIATO Y EN EL SISTEMA DE REPORTE.	NOTIFICO INMEDIATAMENTE LAS ACCIONES OCURRIDAS CON EL PACIENTE AL MEDICO Y JEFE DE TURNO Y SE REALIZA EL DEBIDO REPORTE EN SISTEMA																																																																																																																																			
6	INFORMAR A LA ENFERMERA JEFE DEL SERVICIO Y AL MEDICO TRATANTE, SOBRE LOS CAMBIOS DEL ESTADO CLINICO DE LOS PACIENTES EN FORMA OPORTUNA Y ADECUADA.	INFORMO OPORTUNA Y ADECUADAMENTE TODOS LOS CAMBIOS CLINICOS OBSERVADOS EN EL PACIENTE A MEDICO Y JEFE DE TURNO																																																																																																																																			
7	REVISAR LA HISTORIA CLINICA DE LOS PACIENTES ASIGNADOS CONOVIENDO SU EVOLUCION ENFERA, TRATAMIENTO, PARA REALIZAR EL PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERIA INTEGRAL DEL PACIENTE.	REALIZO REVISION DE TODAS LAS HISTORIAS CLINICAS DE LOS PACIENTES QUE TENGO ASIGNADOS, VERIFICANDO CON DETENIMIENTO LA EVOLUCION, EL PLAN DE CUIDADO Y EL TRATAMIENTO																																																																																																																																			
8	MANTENER LIMPIO Y ORGANIZADO LA UNIDAD DE LOS PACIENTES ASIGNADOS DURANTE EL TURNO.	REALIZO CONTINUAS RONDAS DE ENFERMERIA PARA MANTENER EL ORDEN Y LA LIMPIEZA EN LA UNIDAD DE LOS PACIENTES, ADIEMAS DE VERIFICAR SU CONDICION CLINICA																																																																																																																																			
9	REALIZAR REGISTROS CLINICOS EN FORMA OPORTUNA, DILIGENCIANDO TODAS LAS VARIANTES CORRECTAMENTE Y DANDO CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCION 1995 DE 1999 Y MANTENER ORGANIZADAS LAS HISTORIAS CLINICAS DE ACUERDO AL MANUAL Y NORMATIVIDAD VIGENTE DE LA ENTIDAD.	REALIZO DILIGENCIAMIENTO OPORTUNO Y CORRECTO DE TODOS LOS REGISTROS CLINICOS QUE COMPLETO CON MI LABOR, CUMPLIENDO CON LA NORMATIVIDAD IMPLEMENTADA																																																																																																																																			
10	CONFORME LAS NORMAS INSTITUCIONALES DE BIOSEGURIDAD, VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA, GESTION AMBIENTAL, SALUD OCUPACIONAL Y DEMAS POLITICAS INSTITUCIONALES.	CUMPLIR CON LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD Y PROTOCOLOS INSTITUCIONALES EN VIGENCIA EPIDEMIOLOGICA, GESTION AMBIENTAL Y SALUD OCUPACIONAL																																																																																																																																			
11	RESPONDER POR LOS INVENTARIOS, CONSERVACION Y USO ADECUADO DE LOS EQUIPOS, ELIMINANDO E INSUMOS, AL IGUAL QUE EL CUIDADO DE LA INFRAESTRUCTURA DEL SERVICIO Y/O AREA DONDE SE ENCUENTRE DESARROLLANDO LAS ACTIVIDADES.	REALIZO VERIFICACION DE INVENTARIOS AL RECIBIR MI TURNO Y PROCURO EL CUIDADO Y ASEO DE LA INFRAESTRUCTURA DEL SERVICIO ASIGNADO																																																																																																																																			
12	CUMPLIR CON LOS PROCESOS, PROCEDIMIENTOS, GUIAS Y DEMAS NORMAS DEFINIDAS POR LA ENTIDAD, DE CONFORMIDAD CON EL OBJETO DEL CONTRATO.	CUMPLIR A CABALLO CON TODOS LOS PROCESOS, PROCEDIMIENTOS, GUIAS Y DEMAS NORMAS INSTITUCIONALES IMPLEMENTADAS																																																																																																																																			
13	ASISTIR A REUNIONES Y CAPACITACIONES PROGRAMADAS POR LA ENTIDAD.	ASISTO A REUNIONES Y CAPACITACIONES QUE HAN SIDO PROGRAMADAS POR LA ENTIDAD																																																																																																																																			
14	REALIZAR LA DESINFECCION DE MANERA OPORTUNA DE LA UNIDAD DEL PACIENTE DE ACUERDO A LOS PROTOCOLOS INSTITUCIONALES.	REALIZO DESINFECCION DE LA UNIDAD DEL PACIENTE DE FORMA OPORTUNA Y DE ACUERDO A LOS PROTOCOLOS INSTITUCIONALES																																																																																																																																			
15	REALIZAR LA TOMA OPORTUNA DE LAS MUESTRAS DE LABORATORIO QUE REQUIERAN LOS PACIENTES CON EL FIN DE AGILIZAR EL TRATAMIENTO.	REALIZO LA TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO DE FORMA OPORTUNA Y CON TODAS LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD CON PREVIA AUTORIZACION DEL PACIENTE																																																																																																																																			
16	ASISTIR EN LA ALIMENTACION A LOS PACIENTES ASIGNADOS CONSERVANDO LAS PRECAUCIONES ESTABLECIDAS SEGUN EL CASO.	ASISTO DIETA A PACIENTE SEGUN SU CONDICION CLINICA O INDICACION MEDICA, CON TODAS LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD																																																																																																																																			
17	REALIZAR EL CONTROL DE LIQUIDOS ADMINISTRADOS Y ELIMINADOS REGISTRANDO EN FORMA OPORTUNA Y ADECUADA LOS RESULTADOS DE ACUERDO AL PROTOCOLO INSTITUCIONAL.	REALIZO UN CORRECTO REGISTRO Y CONTROL DE LIQUIDOS ADMINISTRADOS Y ELIMINADOS SEGUN EL PROTOCOLO INSTITUCIONAL E INFORMANDO ALTERACIONES ENCONTRADAS A MEDICO Y JEFE DE TURNO																																																																																																																																			
18	PORTAR EL UNIFORME TENIENDO EN CUENTA LAS NORMAS DE HIGIENE Y BIOSEGURIDAD DE LA SUBRED.	PORTO MI UNIFORME DE FORMA ADECUADA Y CON TODAS LAS NORMAS DE HIGIENE Y BIOSEGURIDAD																																																																																																																																			
19	OFRECER TRATO CON CALIDEZ Y CALIDAD AL PACIENTE Y A LA FAMILIA, DANDO UNA ATENCION HUMANIZADA, CONSERVANDO EL RESPETO POR LA DIGNIDAD HUMANA.	BRINDO UNA ATENCION AL PACIENTE Y SU FAMILIA, CON CALIDEZ, CALIDAD Y RESPETO POR LA DIGNIDAD HUMANA																																																																																																																																			
20	INVIERTIR EDUCACION AL PACIENTE Y A LA FAMILIA SOBRE LOS CUIDADOS ESPECIFICOS A TENER EN CASA DE ACUERDO A LA SITUACION CLINICA DEL PACIENTE.	BRINDO EDUCACION AL PACIENTE Y FAMILIA SOBRE CUIDADOS ESPECIFICOS Y RECOMENDACIONES DE BIOSEGURIDAD COMO LAVADO DE MANOS, USO DE TAPABOCAS, BARRIDAS ELEVDAS, HORARIO DE VISITAS, ENTRE OTROS																																																																																																																																			
21	MANTENER LA RESERVA DE LA INFORMACION CLINICA Y PERSONAL DE LOS PACIENTES.	CONSERVO LA PRIVACIDAD DEL PACIENTE Y MANTENGO EN RESERVA LA INFORMACION DE SU CONDICION CLINICA Y PERSONAL																																																																																																																																			
22	EFECER LAS ACTIVIDADES PROPIAS DE LA FORMACION TECNICA DE CONFORMACION CON LAS NORMAS Y REGLAMENTOS DE ACUERDO AL OBJETO CONTRACTUAL Y LAS NECESIDADES DEL SERVICIO, CONTENIDAS EN EL FORMATO DE NECESIDAD DE PERSONAL QUE HACE PARTE INTEGRAL DEL PRESENTE CONTRATO.	REALIZO TODAS LAS ACTIVIDADES DE ACUERDO A MI FORMACION Y EL OBJETO DE MI CONTRATO, SEGUN LAS NORMAS Y REGLAMENTOS INSTITUCIONALES																																																																																																																																			
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																																																																																																																																					
C.C.		1 014 256 793		de BOGOTÁ																																																																																																																																	
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>NOMBRE:</td> <td>MAYERLY MARTINEZ Melburquintero</td> </tr> <tr> <td>CARGO:</td> <td>ENFERMERA</td> </tr> <tr> <td>FIRMA:</td> <td><i>[Firma]</i></td> </tr> </tbody> </table>						VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS		NOMBRE:	MAYERLY MARTINEZ Melburquintero	CARGO:	ENFERMERA	FIRMA:	<i>[Firma]</i>																																																																																																																								
VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS																																																																																																																																					
NOMBRE:	MAYERLY MARTINEZ Melburquintero																																																																																																																																				
CARGO:	ENFERMERA																																																																																																																																				
FIRMA:	<i>[Firma]</i>																																																																																																																																				

DATOS DEL APORTANTE						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD	NO
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO		
CC	1014258793	Luz Adriana Urrego Benjaimo	KR 17F 71A 95 SUR	7923554	adrianaurrego22@gmail.com		
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		

DATOS DE LA PLANILLA							
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)		TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
						EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALDO						1	0
2021-03	2021-03		I	05/04/2021	496433951	TOTAL A PAGAR	
						\$299.400	

TOTALES POR SUBSISTEMAS[illegible]**TOTALES PENSIÓN**[illegible]**TOTALES RIESGOS LABORALES**

TOTALES RIESGOS LABORALES														
Código ARL	Nombre	NIT	Colización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Colización Mora	Valor Mora Colización	Subtotal Colización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor									
14-25	Riesgos prof Colombia	800228115-3	22.200				22.200	0	22.200		0	222	22.200	1

TOTALES CAJAS

TOTALES CAJAS						
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar
CCF24	Compensar Caja	86008942-7	18.200	0	0	18.200
						1

TOTALES PARAFISCALES

TOTALES PARATISCIALES					No. Afiliados
Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar		
0	0	0	0	0	0
SEMA					
0	0	0	0	0	0
ICBF					
0	0	0	0	0	0
ESAP					
MEN					

TOTALES POR SUBSISTEMA

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	113.600	113.600
Pensión	1	145.400	145.400
Riesgos Laborales	1	22.200	22.200
CCF	1	18.200	18.200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SEVA	0	0	0
TOTALES	4	259.400	259.400

DATOS DEL APORTANTE							EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	
CC	1014256793	Luz Adriana	Uribego Bejarano	KR 17F 71A 9S SUR	7923354	adrianauri22@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL		CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CUIDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – 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)	CANTIDAD	
				EMPLACADOS	UPC
				1	0
				TOTAL A PAGAR	
2021-03	2021-03	I	05/04/2021	49643951	\$299.400

:TALLE POR COTIZANTE[illegible]

CUENTA DE COBRO (Consecutivo) No. 4 del Mes de Abril de 2021

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD
CENTRO ORIENTE E.S.E.
Nit. 900.959.051.7**

DEBE A:

Nombre: Luz Adriana Urrego Geparano
C.C. No. 1014.256.793

La suma de: \$ 1.652.400

Total Horas: 180

Por concepto de:

- Honorarios por Prestación de Servicios en cumplimiento del Contrato No. PS 2621 2021, correspondiente al mes de Abril 2021.

OBJETO: PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES, DE MANERA PERSONAL Y AUTONOMA, EN SU CONDICIÓN DE Auxiliar de enfermería PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES, EN LOS DIFERENTES SERVICIOS Y EN LAS UNIDADES QUE SE REQUIERA, CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Cordialmente,

LU ADRIANA URREGO GEPARANO

C.C. No. 1014.256.793

Dirección: Carrera 17f # 71a 95 Sur

Teléfono: 301 709 5251

Datos guardados

 Comcast

WELLS, J. H. & HALL, J. C.

Ejecución del Contrato

Percentage	Reception on artificial
100	100
90	90
80	80
70	70
60	60
50	50
40	40
30	30
20	20
10	10
0	0

Plan de l'agros

Se replicaron entornos de códigos de autorización?

Fecha de recepción

Número de factura	Fecha de emisión
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5
6	6
7	7
8	8
9	9
10	10
11	11
12	12
13	13
14	14
15	15
16	16
17	17
18	18
19	19
20	20
21	21
22	22
23	23
24	24
25	25
26	26
27	27
28	28
29	29
30	30
31	31
32	32
33	33
34	34
35	35
36	36
37	37
38	38
39	39
40	40
41	41
42	42
43	43
44	44
45	45
46	46
47	47
48	48
49	49
50	50
51	51
52	52
53	53
54	54
55	55
56	56
57	57
58	58
59	59
60	60
61	61
62	62
63	63
64	64
65	65
66	66
67	67
68	68
69	69
70	70
71	71
72	72
73	73
74	74
75	75
76	76
77	77
78	78
79	79
80	80
81	81
82	82
83	83
84	84
85	85
86	86
87	87
88	88
89	89
90	90
91	91
92	92
93	93
94	94
95	95
96	96
97	97
98	98
99	99
100	100

ut de paco

Los datos muestran que cuando los criterios de búsqueda están bien

Color

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por
1	PS 2621 FEBRERO 2021.pdf	PS 2621 FEBRERO 2021.pdf	Proveedor
2	PS 2621 MARZO 2021.pdf	PS 2621 MARZO 2021.pdf	Proveedor