

I. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: PS 6449 2021 C.D.P. No.: 1846 Proceso al que pertenece: AMBULATORIO
 Unidad a la que pertenece: SAN CRISTOBAL

Nombre del Contratista: SINDY LORINA MARTINEZ MATEUS C.C. 1013 650 316 de BOGOTA

Fecha Inicio: 2021-08-16 Fecha Terminación Incl: 2021-08-15 Valor Mensual: \$ 2.675.200 Valor a cobrar: \$ 2.675.200

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	\$ 2.188.800	2395	2021-08-15	2021-09-15
2	\$ 1.459.200	2859	2021-09-16	2021-09-30
3	\$ 1.337.600	3067	2021-10-01	2021-10-15
4	\$ 1.337.600	3256	2021-10-16	2021-10-31
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	JUNIO	\$ 1.033.600	\$ 382.100	51148162
2	JULIO	\$ 2.675.200	\$ 345.000	51780234
3	AGOSTO	\$ 2.675.200	\$ 331.200	52171377
4	SEPTIEMBRE	\$ 2.918.400	\$ 331.400	53010291
5	OCTUBRE	\$ 2.675.200	\$ 361.400	53660220
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
	\$ 5.654.400	\$ 11.977.600	\$ 11.977.600	\$ 0

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE ENFERMERIA EN EL PROCESO AMBULATORIO Y GESTION INTEGRAL DEL RIESGO PARA LA EJECUCION DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LAS DIFERENTES UNIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE.

Relación de actividades para el periodo: Desde: 2021-10-01 Hasta: 2021-10-31

OBLIGACIONES ESPECIFICAS (Las actividades en la columna)		DESCRIPCION DEL DESARROLLO	
		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACION	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	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 cursos de vida, programas de atención y condiciones de los usuarios, programación y supervisión de las actividades que realizan los 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, otorgándose las guías y protocolos definidos 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	1. Prestar sus servicios profesionales de enfermería de acuerdo a normatividad y lineamientos vigentes, en la UPA 1 de Mayo 1.1. Toma de citologías: 115 1.2. Consejería: 76 1.3. Consulta gestantes: 15 1.4. Capacitación al personal del CAPS Primero de mayo de estrategia IAMII: 15 1.5. Consulta CYD: 10 1.6. Consulta IPF: 97 1.7. Revisión y actualización de Ruta de CCU (UPA 1 de Mayo) 1.8. Consulta joven: 3 1.9. consulta preconcepcional: 0 educación en salud PYD	RIPS

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

Lorena Martinez
Firma del Contratista

C.C. 1013 650 316 de BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS

NOMBRE:	CARMEN ROBLES
CARGO:	LIDER CEDES
FIRMA:	<i>P.P. Duran</i>

Cuenta de cobro OCTUBRE - 2021

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD
CENTRO ORIENTE E.S.E.**
Nit. 900.959.051-7

DEBE A:
SINDY LORENA MARTINEZ MATEUS

C.C. 1013650316 de Bogotá

LA SUMA DE:

**DOS MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y CINCO MIL DOCIENTOS
PESOS (\$2.675.200)**

Por concepto de:

- Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No PS 6449 de 2021 correspondiente al mes de octubre de 2021

1. OBJETO: PRESTAR SERVICIOS DE ACUERDO A SU PERFIL ACADÉMICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES (DE SU PROFESIÓN), CON DISPONIBILIDAD EN CUMPLIMIENTO DE LA MISIÓN Y LA VISIÓN DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Cordialmente,

Lorena Martinez.

SINDY LORENA MARTINEZ MATEUS

C.C: 1013650316

Teléfono: 3144088153

Dirección: AV CL 57 R SUR 73I 35

Número de cuenta: 668978229

Tipo de cuenta: AHORROS

Banco: AV VILLAS

Fecha de generación de cuenta: 31 Octubre 2021

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1013650216	SINDY LORENA MARTINEZ MATEUS	CARRERA 19 D BIS # 1 C - 59	3144088153	LORENA.MARTINEZ03@HOTM AIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CUIDAD / MUNICIPIO	
UNICA	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)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLADOS
					1
					0
					TOTAL A PAGAR
2021-09	2021-09	I	04/10/2021	53660220	\$381.400

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD			
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	146.000

UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
	No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
0		0		0	0	0	0	146.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Disa Mora Cotización	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224008-8	186.900	0	0	0	0	0	0		186.900	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora Cotización	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor									
14-7	Seguros Bolívar S.A.	860002803-2	25.500				28.500	0	0	25.500		285	25.500	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de ICE, LMA, IGP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	146.000	146.000
Pension	1	186.900	186.900
Riesgos Laborales	1	28.500	28.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	361.400	361.400

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD	
				EMPLADOS	UPC
				1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES			TOTAL A PAGAR	
2021-09	2021-09	1	04-10-2021	536602020	\$361.400

[illegible]