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 4043 2021 **C.D.P. No.:** 581 **Proceso al que pertenece:** DIRECCION GESTION INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD
Unidad a la que pertenece: DIRECCION GESTION INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD-PAI COVID 19

Nombre del Contratista: LEO JANER ROJAS MORA **C.C.** 1.050.066.874 **de:** SAN MARTIN DE LOBA

Fecha Inicio: 2021-02-19 **Fecha Terminación incial:** 2021-03-31 **Valor Mensual:** $ 2.064.000 **Valor a cobrar:** $ 2.064.000

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 2.408.000	788	2021-04-01	2021-04-30
2	$ 3.526.000	1178	2021-05-01	2021-06-15
3	$ 4.644.000	1739	2021-06-15	2021-08-15
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	FEBRERO	$ 550.400		
2	MARZO	$ 2.064.000	$ 84.500	48929455
3	MARZO	$ 258.000	$ 281.200	8349786146
4	ABRIL	$ 2.064.000		
5	MAYO	$ 2.064.000	$ 281.200	50526793
6	JUNIO	$ 2.064.000	$ 281.200	51112404
7				
8				
9				
10				
11				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 2.752.000	$ 13.330.000	$ 9.064.400	$ 4.265.600

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS DE ACUERDO A SU PERFIL ACADEMICO 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.

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2021-06-01 **Hasta:** 2021-06-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCION DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1. Utilizar las medidas y elementos de protección personal. 2. Realizar el alistamiento de los biológicos, insumos y elementos, para el proceso de vacunación diaria.	Dar buen uso a los EPP, alistamiento diario de biologico.	Formatos y firmas de movimiento de biologico
2	3. Explicar el proceso de aplicación del biológico al usuario y dar recomendaciones en los cuidados post vacúnales. 4. Realizar la aplicación del biológico cumpliendo los lineamientos de vacunación segura	Cumplir con los lineamientos del ministerio	Cosentimiento informado y firmado por el vacunador
3	5. Reiterar al usuario su permanencia en la sala de espera el tiempo que se le indique segun el bielógico. 6. Realizar monitoreo de temperatura de los biológicos.	Actividades diarias en jornada con el fin de cumplir con los protolos y lineamientos descritos para la vacunacion de COVID 19	Carpeta de jornada
4	7. Mantener el movimiento de biológico actualizado. 8. Cumplir con el cronograma de limpieza y desinfección de las neveras, termos, cavas entre otros. 9. En la segunda dosis de vacuna (si aplica), indagar al usuario si presentó algún ESAVI. Si cumple con criterios de ESAVI-grave notificar según el Protocolo Nacional de ESAVI-298 del INS	Actividades diarias en jornada con el fin de cumplir con los protolos y lineamientos descritos para la vacunacion de COVID 19	Carpeta de jornada

Observaciones: Creacion de base para retroalimentacion por parte de ambulatorios

Leo Rojas
Firma del Contratista

Se anexa certifiención 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. 1.050.066.874 **de** SAN MARTIN DE LOBA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	**LORENZA BECERRA CAMARGO**
CARGO:	DIRECTORA GESTION INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD
FIRMA	

VoBo L.T.V

CUENTA DE COBRO No. 6 DE JUNIO DE 2021

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

DEBE A:

Nombre: Leo Janer Rojas Mora

C.C. No. 1.050.066.874

La sume de : 2.064.000

Total Horas: 240 HORAS CERTIFICADAS

Por concepto de:

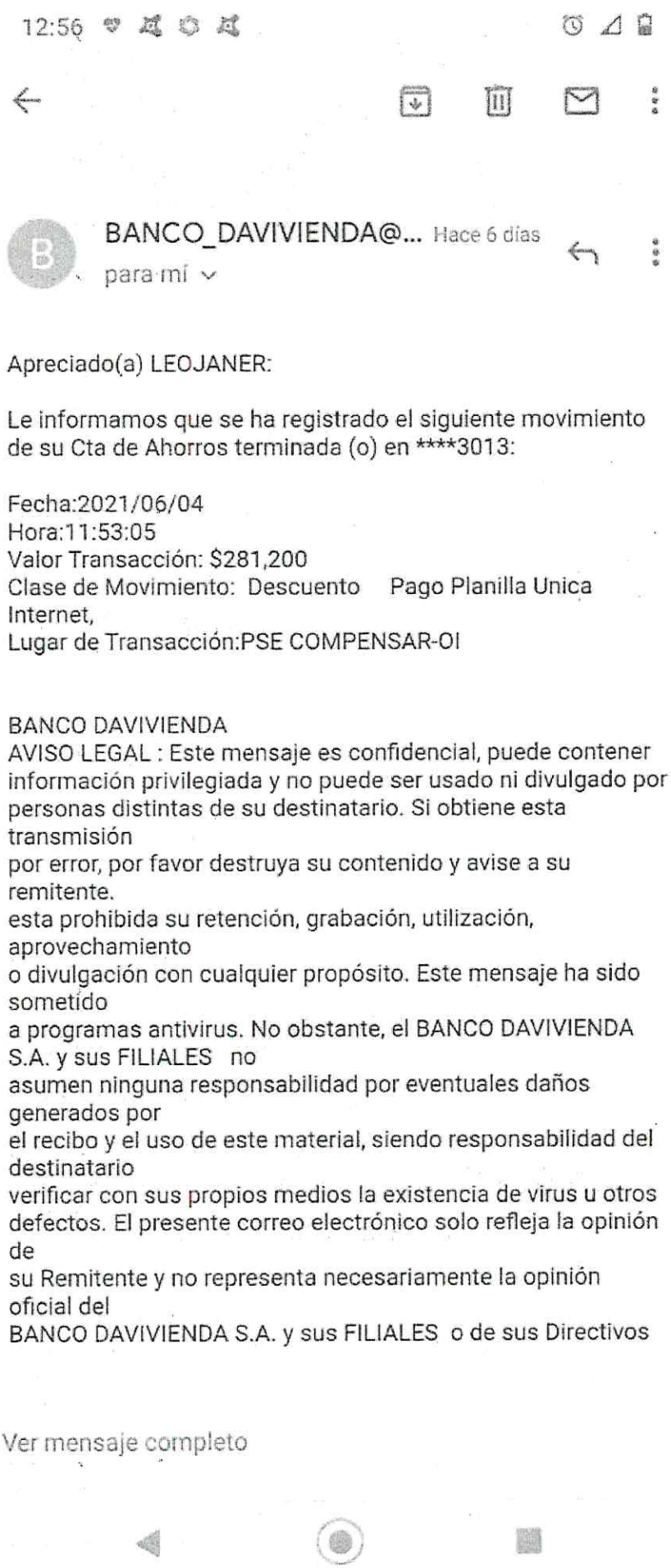
- Honorarios por Prestación de Servicios en cumplimiento del Contrato No. PS 4043 2021, correspondiente del 01 al 30 de JUNIO 2021.

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,

LEO JANER ROJAS MORA Leo Rojas

C.C. No. **1.050.066.874**
Teléfono: 3214337169


12:56
BANCO_DAVIVIENDA@... Hace 6 días
para mí
Apreciado(a) LEOJANER:
Le informamos que se ha registrado el siguiente movimiento de su Cta de Ahorros terminada (o) en ****3013:
Fecha:2021/06/04
Hora:11:53:05
Valor Transacción: $281,200
Clase de Movimiento: Descuento Pago Planilla Unica Internet,
Lugar de Transacción:PSE COMPENSAR-OI
BANCO DAVIVIENDA
AVISO LEGAL : Este mensaje es confidencial, puede contener información privilegiada y no puede ser usado ni divulgado por personas distintas de su destinatario. Si obtiene esta transmisión
por error, por favor destruya su contenido y avise a su remitente.
esta prohibida su retención, grabación, utilización, aprovechamiento
o divulgación con cualquier propósito. Este mensaje ha sido sometido
a programas antivirus. No obstante, el BANCO DAVIVIENDA S.A. y sus FILIALES no
asumen ninguna responsabilidad por eventuales daños generados por
el recibo y el uso de este material, siendo responsabilidad del destinatario
verificar con sus propios medios la existencia de virus u otros defectos. El presente correo electrónico solo refleja la opinión de
su Remitente y no representa necesariamente la opinión oficial del
BANCO DAVIVIENDA S.A. y sus FILIALES o de sus Directivos
Ver mensaje completo

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **LEOJANER ROJAS MORA**, identificada con **CC** número **1050066874**, aportó por el empleado **ROJAS MORA LEOJANER** identificado(a) con **CC** número **1050066874** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, el periodo de pensión de 05 - 2021 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDAE	TADP	TAPP	VSP	VST	SLN	IGE	LMAC	AVP	AVCT	IRP	CORRECION	DIAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACION Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
EPS017	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio														0		30	$908,527	0.12500	$113,600	$0	$0	5/1/2021 12:00:00 AM	51112404	6/4/2021 12:00:00 AM	NO
230301	Porvenir														0		30	$908,527	0.16000	$145,400	$0	$0	5/1/2021 12:00:00 AM	51112404	6/4/2021 12:00:00 AM	NO
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS														0		30	$908,527	0.02436	$22,200	$0	$0	5/1/2021 12:00:00 AM	51112404	6/4/2021 12:00:00 AM	NO

El presente certificado se expide a los 9 dias del mes Junio de 2021

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.