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-016
VERSIÓN: 02
FECHA: 2020-05-04

## 1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| No. CONTRATO - OPS: | PS 4284 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: | LUZ MARINA BLANCO SALGUERO | C.C. | 38.230.453 | de: | IBAGUE |
| Fecha Inicio: | 2021-03-10 | Fecha Terminación Inicial: | 2021-04-30 | Valor Mensual: | $ 2.064.000 |
| | | | | Valor a cobrar: | $ 1.032.000 |

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | $ 3.526.000 | 1178 | 2021-05-01 | 2021-06-15 |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 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 | MARZO | $ 894.400 | N/A | N/A |
| 2 | ABRIL | $ 2.064.000 | $ 58.900 | 1037032578 |
| 3 | MAYO | $ 2.064.000 | $ 135.800 | 1037051450 |
| 4 | JUNIO | $ 1.032.000 | $ 135.800 | 1037548760 |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |

Resumen de contrato

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 3.027.200 | $ 6.553.200 | $ 6.054.400 | $ 498.800 |

## 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: 2021-06-15

| | OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las requeridas en el contrato) | DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 1 | 1. Utilizar las medidas y elementos de protección persona. | Uso buen uso a los EPP, alistamiento diario de biologicos. | Formatos y firmas de movimiento de biologicos |
| 2 | 2. Realizar el alistamiento de los biológicos, insumos y elementos, para el proceso de vacunación diaria. | Cumplir con los lineamientos del ministerio | Consentimiento informado y firmado por el vacunador |
| 3 | 3. Explicar el proceso de aplicación del biológico al usuario y dar recomendaciones en los cuidados post vacunales. | 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 | 4. Realizar la aplicación del biológico cumpliendo los lineamientos de vacunación segura. | Actividades diarias en jornada con el fin de cumplir con los protolos y lineamientos descritos para la vacunacion de COVID 19 | Carpeta de jornada |
| 5 | 5. Reiterar al usuario su permanencia en la sala de espera el tiempo que se le indique según el biológico. | Actividades diarias en jornada con el fin de cumplir con los protolos y lineamientos descritos para la vacunacion de COVID 19 | Consentimiento informado y firmado por el vacunador |
| 6 | 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 | Formatos y firmas de movimiento de biologico |
| 7 | 7.Mantener el movimiento de biológico actualizado. | Actividades diarias en jornada con el fin de cumplir con los protolos y lineamientos descritos para la vacunacion de COVID 19 | Formatos y firmas de movimiento de biologico |
| 8 | 8.Cumplir con el cronograma de limpieza y desinfección de las neveras, termos, cavas entre otros. | Cumplir con los lineamientos del ministerio | Oportunamente en cada jornada |
| 9 | 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. Contenidos en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato | 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 hoce para retroalimentacion por parte de auditorias

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

Luz Marina B
Firma del Contratista

C.C. 38.230.453 de IBAGUE

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

V°B° L.B.C

OK aplicativo

**CUENTA DE COBRO No. 4 JUNIO de 2021**

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

**DEBE A:**

**Nombre:** Luz Marina Blanco Salguero

**C.C. No.** 38230453

La suma de: $ 1.032.000

Total Horas: 120

Por concepto de:

- Honorarios por Prestación de Servicios en cumplimiento del Contrato No. PS 4284 2021, correspondiente del 1 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,

Luz Marina B

C.C. No. 38230453
Teléfono: 3102616479

Simple

# PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2021-06-08 03:52:48 PM | Tipo Planilla: I PLANILLA INDEPENDIENTES | Número Planilla: 10376467[illegible]

Periodo Cotización: mayo de 2021 | Periodo Servicio: mayo de 2021 | Referencia pago (PIN): 6842112950

**PAGADO 08/06/2021**

## I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| Razón Social | LUZ MARINA BLANCO DE SALGUERO | | |
| Documento | CC38230453 | Dirección | CLL 42 20 54 |
| Tipo de Empresa | INDEPENDIENTE | Telefono | 3102616479 |
| Tipo Persona | NATURAL | Forma Presentación | UNICO |
| Ciudad | BOGOTA D.C. | Departamento | BOGOTA D.C |
| Representante Legal | | Identificación | |
| Total Afiliados | 1 | ARP | POSITIVA DE SEGUROS |

## II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | | Parafiscales | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Administradora | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | VSP | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | DIAS | IBC | | | | | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte CCF | Aporte ESAP | Aporte MEN | ESAP | MEN | Aporte Mandatorio | Total |
| [illegible] | [illegible] | 01 | 04 | | | | | | | | | | | 30 | | | | | | [illegible] | $ 0 | $ 0 | [illegible] | $ 309.600 | $ 111.500 | 1.044 | $ 309.600 | $ 3.232.550 | [illegible] | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

## III. TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | Incapacidades, Licencias, Bonos a Favor EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 0 | $ 309.600 | $ 309.600 | $ 0 | $ 0 | $ 111.500 | $ 3.232.550 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 3.232.550 | $ 0 | $ 3.232.550 |

PAGO DE FACTURAS
SIMPLE S A
891306
NUM APROBACION: 6842112950
REFERENCIA: VIE 4 JUN 21
FECHA EFECTIVA: 21005471535
# TRANSACCION:
VALOR: 135.800
FECHA EXP: VIE 4 JUN 21 16:10:39
155-049744B4-111
781961-787901-144519-000323-72
CORRESPONSAL BANCARIO PARA
BANCO DE OCCIDENTE. LA IMPRE-
SION DE ESTE TIQUETE IMPLICA
SU ACEPTACION. VERIFIQUE LA
INFORMACION. ESTE ES EL UNICO
RECIBO OFICIAL DE PAGO REQUE-
RIMIENTOS
WWW.PAGOSIMPLE/CONTACTANOS
VERIFIQUE EL PIN DEL TICKET
AGT 11356 CLR 1111262950
03146821-495759

Lineas de Servicio F

El Poder de SIMPLE