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

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 4029 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

Nombre del Contratista: ANDREA DEL PILAR SALCEDO BOHORQUEZ **C.C.** 40.340.521 **de:** VILLAVICENCIO

Fecha Inicio: 2021-02-20 **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	2021-06-16	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	$ 263.800	8348454591
		$ 189.200	$ 17.400	49299999
3	ABRIL	$ 2.064.000	$ 299.400	49300270
4	MAYO	$ 2.064.000	$ 299.400	50373032
5	JUNIO	$ 2.064.000	$ 299.400	978633419
6	JULIO	$ 2.064.000	$ 299.400	51673873
7				
8				
9				
10				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 2.752.000	$ 13.330.000	$ 11.059.600	$ 2.270.400

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 PROFESIÒN), CON DISPONIBILIDAD EN CUMPLIMIENTO DE LA MISIÒN Y LA VISIÒN DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2021-07-01 **Hasta:** 2021-07-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Utilizar las medidas y elementos de protección personal	A traves del correcto uso de las EPP brindar seguridad para el vacunador y los usuarios.	planilla de entrega diaria de EPP
2	Realizar el alistamiento de los biológicos, insumos y elementos, para el proceso de vacunación diaria.	Al inicio de la jornada se reciben, alistan los insumos y se revisan los biologicos.	formato de movimiento diario del biológico
3	Explicar el proceso de aplicación del biológico al usuario y dar recomendaciones en los cuidados post vacúnales.	Se verifica la información del consentimiento informado y se brinda la información sobre el procedimiento, cuidados post vacunales y posibles reacciones para recibir aprobación de parte del usuario.	formato de concentimiento informado
4	Realizar la aplicación del biológico cumpliendo los lineamientos de vacunación segura	Se sigue paso a paso los lineamientos establecidos para la aplicación del biologico asegurando el bienestar del usuario.	formato de concentimiento informado firmado por el vacunador
5	Reiterar al usuario su permanencia en la sala de espera el tiempo que se le indique según el biológico.	se indica al usuario el tiempo de permanencia posterior a la aplicación del biologico para su monitoreo.	formato de conocimiento informado
6	Realizar monitoreo de temperatura de los biológicos	de acuerdo con la toma de temperatura por parte de jefe de servicio de vacunación, se verifica el estado de los paquetes fríos y de ser necesario se realiza el cambio.	registro de temperatura en acta del día
7	Mantener el movimiento de biológico actualizado.	Se observa y se asiste el procedimiento de conteo realizado por la coordinadora de punto de vacunación	reposa en acta del día
8	Cumplir con el cronograma de limpieza y desinfección de las neveras, termos, cavas entre otros.	Al finalizar la jornada se realizan las actividades según lo descrito en el cronograma	Cronograma de actividades y formato diario de actividades
9	En la segundadosis 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 delINS.	se realiza la actividad de acuerdo a los lineamientos	reposa en acta del día

Observaciones: Creacion de base para retroalimentacion por parte de ambulatorios

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

Firma del Contratista

C.C. 40.340.521 **de** VILLAVICENCIO

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

JOBC I.T.U

Cuenta de cobro 006 - 2021

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

Nit. 900.959.051-7

DEBE A:

ANDREA DEL PILAR SALCEDO BOHORQUEZ

C.C. 40.340.521 de Villavicencio

LA SUMA DE:

Dos millones sesenta y cuatro mil pesos ($2.064.000)

Por concepto de:

- Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No PS 4029 de 2021 correspondiente del 1 al 31 de julio de 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,

Andrea Salcedo

ANDREA DEL PILAR SALCEDO BOHORQUEZ
C.C. 40.340.521
Teléfono: 311 507 3636
No Cuenta 045-851358-91 ahorros BANCOLOMBIA

Fecha: 31/Julio /2021

compensar | miplanilla.com

REPORTE RESUMEN DE PAGO

Información básica de la planilla

Empresa:	ANDREA DEL PILAR SALCEDO BOHORQUEZ	**NIT:**	40340521
Tipo Planilla:	I	**Periodo liquidación Pensiones:**	junio 2021
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	junio 2021
Número de Radicación:	51673873	**Total a pagar:**	$299,400
Fecha de vencimiento:	09/07/2021	**Total de empleados:**	1
Fecha de Pago:	06/07/2021	**Número de Administradoras:**	4

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	**Nit recaudo:**	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	**Medio de Pago:**	Pago Electronico por PSE
Banco:	BANCOLOMBIA	**Número Autorización:**	1047338689
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Código	NIT	Administradoras	Num. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado
14-23	860011153	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	1		$0	$22,200
231001	800227940	Colfondos	1		$0	$145,400
CCF24	860066942	Compensar Caja de Compensacion Fliar	1		$0	$18,200
EPS008	860066942	Compensar EPS	1		$0	$113,600
						$299,400

***Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.**

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

Volver

HISTÓRICO DE PAGOS

Detalle del pago

Datos de la factura

Descripcion
COMPENSAR-OI

Empresa o servicio
Compensar-oi - 28058

Tipo identificacion
CC

Numero planilla
51673873

Cus
1047338689

Valor de la factura
$ 299.400,00

Producto origen

Cuenta de Ahorros
Bancolombia
04585135891