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 4035 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:	GINARY MARCELA PUENTES GUTIERREZ	C.C.	1.010.219.439	de:	BOGOTA
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	2021-09-15
4	$ 2.064.000	2383	2021-08-16	2021-09-15
5	$ 1.032.000	2828	2021-09-16	2021-09-30
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	$ 443.372	N/A	N/A
2	MARZO	$ 2.064.000	$ 298.600	48529352
3	MARZO	$ 258.000	$ 298.600	48529352
4	ABRIL	$ 2.064.000	$ 298.600	48529352
5	MAYO	$ 2.064.000	$ 298.600	48576018
6	JUNIO	$ 2.064.000	$ 298.600	49372328
7	JULIO	$ 2.064.000	$ 298.600	49372328
8	AGOSTO	$ 2.064.000	$ 298.600	50892048
9	AGOSTO	$ 258.000	$ 298.600	50892048
10	SEPTIEMBRE	$ 2.064.000	$ 298.600	51166029
11				

Resumen de contrato	VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
	$ 2.752.000	$ 16.426.000	$ 15.407.372	$ 1.018.628

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:** 2021-09-01 **Hasta:** 2021-09-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1. Utilizar las medidas y elementos de protección persona.	Dar buen uso a los EPP, alistamiento diario de biologico.	Formatos y firmas de movimiento de biologico
2	2. Realizar el alistamiento de los biológicos, insumos y elementos, para el proceso de vacunación diaria.	Cumplir con los lineamientos del ministerio	Cosentimiento informado y firmado por el vacunador
3	3. Explicar el proceso de aplicación del biológico al usuario y dar recomendaciones en los cuidados post vacúnales.	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	Cosentimiento 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. Contenidas 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 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

MarcelaPuentes G

Firma del Contratista

C.C. 1.010.219.439 **de** BOGOTA

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

VBº

Cuenta de cobro 010 - 2021

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

Nit. 900.959.051-7

DEBE A:

GINARY MARCELA PUENTES GUTIÉRREZ

C.C. 1.010.219.439 DE BOGOTA

LA SUMA DE:

Dos millones sesenta y cuatro mil pesos ($ 2.064.000)

Por concepto de: 240 horas

- Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No PS 4035 de 2021 correspondiente del 1 al 30 de septiembre 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,

Marcela Puentes

GINARY MARCELA PUENTES GUTIÉRREZ

C.C. 1.010.219.439

Teléfono: 3008629453

No Cuenta ahorros 488410870791 BANCO DAVIVIENDA

Fecha: 30/ SEPTIEMBRE /2021

Transacción Aprobada

ARUS®
Tecnología + Información = Conocimiento

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900089104-5
Razón Social del Operador de Información	ARUS (antes Enlace Operativo)
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2021-08-27, 01:11:32 p. m.
Periodo de Cotización Otros Riesgos	Agosto de 2021
Periodo de Cotización Para Salud	Agosto de 2021
Empresa	GINARY PENTES
CEDULA CIUDADANIA	CC 1010219439
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	51166029
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	854336476
Banco	(1551) - NEQUI
Valor	$ 298.600
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	www.suaporte.com.co

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intéreses Mora
N800224808	Z30301	PORVENIR	1	$146.400	$ 0
N800251440	EPS005	FAMISANAR	1	$113.600	$ 0
N890903790	14-11	ARL POSITIVA	1	$ 39.600	$ 0
			SubTotales:	$ 298.600	$ 0
			Total a Pagar:		$ 298.600

ARUS (antes Enlace Operativo) no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

EXPERTOS en PILA

SuAporte | Pagada

Fecha creación reporte: 2021-08-27, 01:11:32 p. m. **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Número Planilla:** 51166029

Periodo Cotización: Agosto de 2021 **Periodo Servicio:** Agosto de 2021

PAGADA 27/08/2021

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	GINARY PUENTES				
Documento	CC 1010219439	**Dirección**	CL 68 #37 – 12		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3142685970		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	B0OGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DETALLE DEL APORTANTE

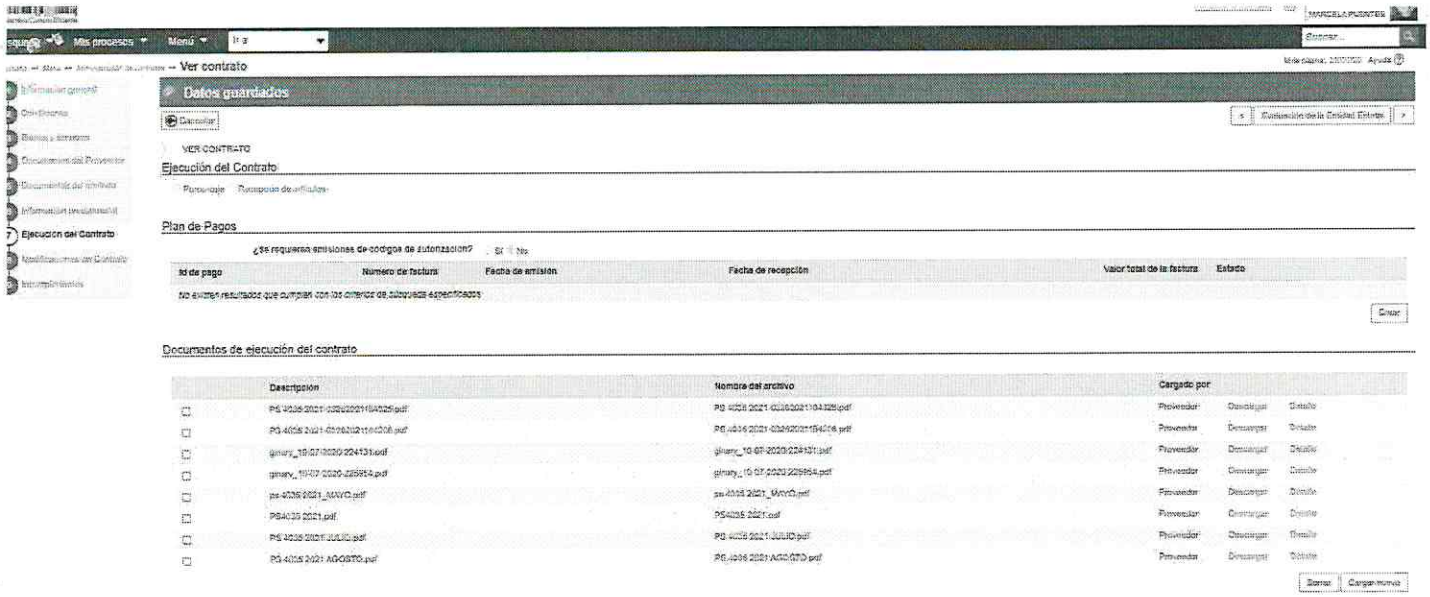
Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Administradora	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1010219439	PUENTES GUTIERREZ GINARY MARCELA	57	0	X																0	30	30	0	PORVENIR	$ 908.526	$ 145.400	FAMISANAR	$ 908.526	$ 113.600	POSITIVA	$908.526	$39.600	NINGUNA CCF	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$298.600

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes FSP	Aportes FSS	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Salidas	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE	TOTAL INTERESES	TOTAL FINAL
$908.526	$ 908.526	$908.526	$ 0	$ 145.400	$0	$0	$ 113.600	$ 39.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$0	$0	$ 298.600	$ 0	$ 298.600

ARUS, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77. Línea Ética: 018000 517806.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.


Mis procesos
Menú
Ir a
MARCELA FUENTES
Ver contrato
Ayuda
Información general
Ítems/Rubros
Bienes y servicios
Documentos del Proveedor
Documentos del contrato
Información transaccional
7 Ejecución del Contrato
Modificaciones del Contrato
Incumplimientos
Datos guardados
Cancelar
Ejecución de la Entidad Estatal
VER CONTRATO
Ejecución del Contrato
Porcentaje
Recepción de artículos
Plan de Pagos
¿Se requieren emisiones de codigos de autorizacion?
Si
No
Id de pago
Número de factura
Fecha de emisión
Fecha de recepción
Valor total de la factura
Estado
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados
Crear
Documentos de ejecución del contrato
Descripción
Nombre del archivo
Cargado por
Proveedor
Descargar
Detalle
Borrar
Cargar nuevo