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 4040 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: JULISSA ANDREA ALVAREZ PEÑA **C.C.** 1.022.938.133 **de:** BOGOTA

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	2021-06-16	2021-08-15
4	$ 2.064.000	2383	2021-08-16	2021-09-15
5	$ 1.032.000	2828	2021-09-16	2021-09-30
6	$ 120.400	3006	2021-09-16	2021-09-30
7	$ 1.221.200	3054	2021-10-01	2021-10-15
8	$ 1.221.200	3285	2021-10-16	2021-10-31
9	$ 2.322.000	3456	2021-11-01	2021-11-30
10				
11				
12				
13				
14				

N° CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	FEBRERO	$ 550.400	N/A	N/A
2	MARZO	$ 2.064.000	$ 131.300	8349280234
3	MARZO	$ 258.000		
4	ABRIL	$ 2.064.000	$ 281.200	8349520701
5	ABRIL	$ 258.000		
6	MAYO	$ 2.064.000	$ 281.200	8350195205
7	MAYO	$ 258.000		
8	JUNIO	$ 2.064.000	$ 281.200	8350842857
9	JUNIO	$ 258.000		
10	JULIO	$ 2.064.000	$ 287.600	8351520648 / 52854151
11	JULIO	$ 258.000		
12	AGOSTO	$ 2.064.000	$ 287.600	8352196316 / 52827831
13	AGOSTO	$ 258.000		
14	SEPTIEMBRE	$ 2.064.000	$ 287.600	53235153
15	SEPTIEMBRE	$ 258.000		
16	OCTUBRE	$ 2.064.000	$ 287.600	53545176
17	OCTUBRE	$ 258.000		
18	NOVIEMBRE	$ 2.064.000	$ 287.600	54229865
19				
20				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 2.752.000	$ 21.310.800	$ 21.190.400	$ 120.400

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 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:** 2021-11-01 **Hasta:** 2021-11-30

	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 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 vacunales. 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 según el biológico. 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 biologico 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 segun 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

Julissa Alvarez
Firma del Contratista

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

C.C. 1.022.938.133 **de** BOGOTA

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

OK

Cuenta de cobro 018 - 2021

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

Nit. 900.959.051-7

DEBE A:
JULISSA ANDREA ALVAREZ PEÑA
C.C. 1022938133 de Bogotá

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 4040 de 2021 correspondiente del 1 al 30 de Noviembre 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,

JULISSA ALVAREZ

JULISSA ANDREA ALVAREZ PEÑA
C.C. 1022938133
Teléfono: 3022422095
No Cuenta 0550462300112754 ahorros Davivienda

Fecha: 30/Noviembre/2021

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1022938133	JULISSA ANDREA ALVAREZ PEÑA	CARRERA 29 N 31 D-70 SUR	3022422095	juanalpe335@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	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	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2021-10	2021-10	I	03/11/2021	54229865	$287.600	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD												
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	116.200	0		0		0	0	0	0	116.200	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
23001	Porvenir	800224808-8	148.700	0	0	0	0	0	0		148.700	1

TOTALES RIESGOS LABORALES														
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	860903790-6	22.700				22.700	0	0	22.700			227	22.700	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 IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	116.200	116.200
Pensión	1	148.700	148.700
Riesgos Laborales	1	22.700	22.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	287.600	287.600

PAGADA

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

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 **Ejecución del Contrato**
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

○ Porcentaje ○ Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? ○ 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		
☐	PS 4040 2021-FEBRERO.pdf	PS 4040 2021-FEBRERO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 4040 2021-MARZO.pdf	PS 4040 2021-MARZO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 4040 2021 ABRIL.pdf	PS 4040 2021 ABRIL.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 4040 2021 MAYO.pdf	PS 4040 2021 MAYO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS4040 2021 ADICIONALES MAYO.pdf	PS4040 2021 ADICIONALES MAYO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS4040 2021 JUNIO.pdf	PS4040 2021 JUNIO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 4040 2021 JULIO.pdf	PS 4040 2021 JULIO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 4040 2021 ADICIONALES JUNIO.pdf	PS 4040 2021 ADICIONALES JUNIO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	PS 4040 2021 JULIO EXT.pdf (Archivado)	PS 4040 2021 JULIO EXT.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	PS 4216 2021 AGOSTO.pdf (Archivado)	PS 4216 2021 AGOSTO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 4040 2021 JULIO ADICIONALES.pdf	PS 4040 2021 JULIO ADICIONALES.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 4040 2021 AGOSTO.pdf	PS 4040 2021 AGOSTO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 4040 2021 AGOSTO EXT.pdf	PS 4040 2021 AGOSTO EXT.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 4040 2021 SEPTIEMBRE.pdf	PS 4040 2021 SEPTIEMBRE.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 4040 2021 OCTUBRE.pdf	PS 4040 2021 OCTUBRE.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 4040 2021 SEPTIEMBRE EXT.pdf	PS 4040 2021 SEPTIEMBRE EXT.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >