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 CONTRATACIÓN
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 03
FECHA: 2021-12-27

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 2452 2022	**C.D.P. No.:**	105	**Proceso que pertenece:**	GESTION DE RIESGO
				Servicio al que pertenece:	SERVICIO DE VACUNACION COVID 19
				Unidad a la que pertenece:	CAPS OLAYA

Nombre del Contratista: ANGGIE MARITZA LEIVA UBILLUS **C.C.** 1.016.073.694 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2022-02-01 **Fecha Terminación inicial:** 2022-04-30 **Valor Mensual:** $ 2.125.920 **Valor a cobrar:** $ 2.391.660

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 2.838.000	996	2022-04-30	2022-05-31
2	$ 1.195.000	1701	2022-05-31	2022-06-15
3	$ 4.783.320		2022-06-15	2022-08-15
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

N° CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO PLANILLA
1	FEBRERO	$ 2.321.466	$ 309.400	8356089635	2022-01-17
2	MARZO	2,064,000	$ 309.400	8356444265	2022-02-04
3	ABRIL	$ 2.322.000	$ 309.400	8357734519	2022-04-04
4	MAYO	$ 2.391.000	$ 309.400	8358431846	2022-04-05
5	JUNIO	$ 2.391.660	$ 309.400	59131373	2022-06-07
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 6.192.000	$ 15.008.320	$ 9.426.126	$ 5.582.194

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

OBJETO DEL CONTRATO

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2022-06-01 **Hasta:** 2022-06-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO	
		ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUTO O EVIDENCIA
1	1. Utilizar las medidas y elementos de protección personal.	Dár buen uso a los EPP, alistamiento diario de biologico.	Formatos y firmas de movimiento de biologico
2	2, Realiza el alistamiento de los biologicos, insumo y elementos , para el proceso de la vacunacion diaria.	Cumplir con los lineamientos de la sub red centro oriente.	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 de los biologicos cumpliendo con los lineamientos de la vacunacion segura .	Cumplir con los protocolos de bioseguridad para la aplicación segura del biologico.	Capacitaciones y seguimientos del biologico según laboratorio.
5	5. Reiterar al usuario su permanencia en la sala de espera el tiempo que se le indique según el biológico.	Dar una educacion antes y despues de la aplicación del biologico para el bienestar del usuario (reaccion adversa ala vacunacion).	toma de signos vitales antes y despues de la vacunacion segura
6	6. Realizar monitoreo de temperatura de los biologicos.	Realizar la toma de temperatura cada 2 - 3 horas a los termos y biologicos .	termometros hojas de temperaturas (seguimiento)
7	7.Mantener el movimiento de biologico actualizado.	llevar acabo un orden y seguimiento para evitar errores programaticos.	carpetas de seguimiento de biologicos y neveras
8	8.Cumplir con el cronograma de limpieza y desinfeccion de neveras, termos , cavas entre otros.	Realizar la rutina de limpieza y desinfección diaria de los utensilios de vacunacion covuid	Carpetas de desinfeccion y limpieza de pilas , termos , y cavas.
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	Realizar con la educacion y promocion y prencion al usuario para evitar un acontesimiento posvacunacion	supervicion de jefes, auxiliares y medicos en el punto de vacunacion , para tener un control de vacuna segura .

Observaciones:

Nota: Es deber contractual anexar la certificación del pago a Salud, pensión y ARL. En caso de tener contrato nuevo adjuntar el soporte de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud como cotizante y afiliación a pensión., Teniendo en cuenta que con la implementación del Decreto 1273 de 2018 el pago de aportes se hace de manera vencida de acuerdo con las fechas establecidas en el Decreto 1990 de 2016.

Firma del Contratista

C.C. 1.016.073.694 de BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 1	
NOMBRE:	LORENZA BECERRA CAMARGO
CARGO:	DIRECTOR TÉCNICO CODIGO 009 GRADO 05
FIRMA	
PLAZO DE SUPERVISIÓN	01/06/2022 -22/06/2022

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 2	
NOMBRE:	SANDRA LILIANA GUERRERO PALACIO
CARGO:	OFESIONAL ESPECIALIZADO CODIGO 242 GRAD
FIRMA	Sandra Liliana Guerrero P
PLAZO DE SUPERVISIÓN	01/06/2022 - 30/06/2022

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 1	
NOMBRE:	BERTHA SOFIA DIAZ
CARGO:	DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05
FIRMA	
PLAZO DE SUPERVISIÓN	23/06/2022 -30/06/2022

Cuenta de cobro 004- 2021

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

Nit. 900.959.051-7

DEBE A:

ANGGIE MARITZA LEIVA UBILLUS

C.C. 1,016,073,694 de Bogotá D.C.

LA SUMA DE:

DOS MILLONES TRECIENTOS NOVENTA Y UN MIL PESOS ($ 2.391.000)

Por concepto de:

- Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No PS 2452 de 2022 correspondiente del 1 al 30 JUNIO de 2022.

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,

ANGGIE MARITZA LEIVA UBILLUS
C.C. 1,016,073,694 Bogotá DC
Teléfono: 3134884129
Cuenta Ahorros Davivienda No. 0550488417074405

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	1016073694	ANGGIE MARITZA LEIVA UBILLUS		calle 6 a n 89-42	9079087	anggieleiva02@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	
2022-05	2022-05	I	07/06/2022	59131373	$309.400	

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	125.000	0		0		0	0	0	0	125.000	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
231001	Colfondos	800227940-6	160.000	0	0	0	0	0	0		160.000	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	890903790-5	24.400				24.400	0	0	24.400			244	24.400	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	125.000	125.000
Pensión	1	160.000	160.000
Riesgos Laborales	1	24.400	24.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	309.400	309.400

PAGADA

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