

I. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 2475 2022	C.D.P. No.:	105	Proceso que pertenece:	MISIONAL
				Servicio al que pertenece:	VACUNACION COVID 19
				Unidad a la que pertenece:	SEDE PRIMERA DE MAYO
Nombre del Contratista:	ANA CRISTINA MARTINEZ HERNANDEZ			C.C.	64.920.568
				de:	TOLU/ SUCRE
Fecha Inicio:	2022-02-01	Fecha Terminación inicial:	2022-04-30	Valor Mensual:	\$ 2.125.920
				Valor a cobrar:	\$ 2.125.920

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	\$ 6.192.000	105	2022-02-01	2022-04-30
2	\$ 3.096.000	996	2022-05-01	2022-05-31
3	\$ 1.195.830	1701	2022-06-01	2022-06-15
4	\$ 4.783.320		2022-06-15	2022-08-15
5				
6				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO PLANILLA
1	FEBRERO	\$ 2.322.000	\$ 309.400	56529733	7/02/2022
2	MARZO	\$ 2.322.000	\$ 309.400	57211799	2/03/2022
3	ABRIL	\$ 2.322.000	\$ 309.400	57862664	31/03/2022
4	MAYO	\$ 2.322.000	\$ 309.400	58862592	11/05/2022
5	JUNIO	\$ 2.125.920	\$ 309.400	59474475	7/06/2022
6					

Resumen de contrato	VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
	\$ 6.192.000	\$ 21.459.150	\$ 11.413.920	\$ 10.045.230

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIO TECNICO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE GESTION INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E S E

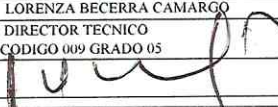
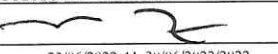
Relación de actividades para el periodo: Desde: 2022-06-01 Hasta: 2022-06-30

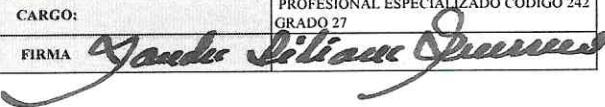
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)		DESCRIPCION DEL DESARROLLO	
		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACION	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Utilizar las medidas y elementos de protección personal	A través del correcto uso de las EPP brindar seguridad para 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 biológicos.	formato de movimiento diario del biológico
3	Explicar el proceso de aplicación del biológico al usuario y dar recomendaciones en los cuidados post vacunales	Se verifica la información del consentimiento informado y se brinda la información sobre el procedimiento, cuidados post vacunales y posibles reacciones para recibir aprobación	formato de consentimiento 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 biológico asegurando el bienestar del usuario.	formato de consentimiento 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 biológico para su monitoreo.	formato de conocimiento informado
6	Realizar monitoreo de temperatura de los biológicos	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 del INS.	No se presentó durante este mes	No se presentaron durante este mes

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. 64.920.568 de TOLU/ SUCRE

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 1	
NOMBRE:	LORENZA BECERRA CAMARGO
CARGO:	DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05
FIRMA	
VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 2	
NOMBRE:	BERTHA SOFIA DIAZ
CARGO:	DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05
FIRMA	
PLAZO DE SUPERVISION	23/06/2022 AL 30/06/2022/2022

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 2	
NOMBRE:	SANDRA LILIANA GUERRERO PALACIO
CARGO:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO CODIGO 242 GRADO 27
FIRMA	

Cuenta de cobro 005- 2022

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD
CENTRO ORIENTE E.S.E.
Nit. 900.959.051-7**

DEBE A:
ANA CRISTINA MARTINEZ HERNANDEZ
C.C. 64.920.568 de Tolú Sucre

LA SUMA DE:

**DOS MILLONES CIENTO VEINTICINCO MIL NOVECIENTOS VEINTE
PESOS (\$2.125.920)**

Por concepto de:

- Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No PS 2475 de 2022 correspondiente del 1 al 30 de junio de 2022

OBJETO: PRESTAR SERVICIO TECNICO COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Cordialmente,

Ana Cristina Martinez
ANA CRISTINA MARTINEZ HERNANDEZ
C.C. 64920568
Teléfono: 3132098858
No Cuenta 03500033699 ahorros Bancolombia

Fecha: 30/junio/2022

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD	
				BMF LEADOS	UPC
				1	0
				TOTAL A PAGAR	
PERIODO SALUD 2022-05	2022-05	1	07/06/2022	\$309.400	

TOTALES SALUD

TOTALES SALUD		
Código EPS	Nombre	NIT
EP8017	Famisanar EPS	830003564-7
		125.000

1.1

TOTALES PENSION								
Código AFP	Nombre	NIT	Colización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días
230301	Porvenir	600224808-8	160.000	0	0	0	0	

1

TOTALES RIESGOS LABORALES										
Código ARL	Nombre	NIT	Colización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Días Valor Neto Colización Mora	Valor Mora Colización	Subtotal Colización	No. Radial Saldo a
				No. Autorización	Valor					
14-11	ARL SURA	890603790-5	24,400				24,400	0	24,400	

© 2000 Blackwell Science Ltd

TOTALES CAJAS		
Código CCF	Nombre	Valor Aporte

100

TOTALES PARAFISCALES					No. Afiliados
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar		
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, IMA, 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

DATOS DEL APORTANTE			
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN
CC	64920568	ANA CRISTINA MARTINEZ HERNANDEZ	kr 28 a 63 g 08
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO
UNICA	I - Independiente		
		Ciudad / Municipio	BOGOTÁ D.C.
		DEPARTAMENTO	BOGOTÁ D. C.
		EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD	NO

DATOS DE LA PLANILLA			
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAS/MES/AÑO)
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES		
2022-05	2022-05		
		NÚMERO PLANILLA	59474475
		CANTIDAD EMPLEADOS	1
		TOTAL A PAGAR	\$309.400

DETALLE POR COTIZANTE																																	
INFORMACION COTIZANTE					INFORMACION NOVEDADES										PENSIÓN					SALUD		RIESGOS LABORALES			CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres		Excedente	Excedente	Excedente	Excedente	Excedente	Excedente	Excedente	Excedente	Excedente	Excedente	Excedente	Excedente	Excedente	Excedente	Excedente	Excedente	Excedente	Excedente	Excedente	Excedente	Excedente	Excedente	Excedente	Excedente	Excedente	Excedente	Excedente	Excedente	
			Contenido	Indicador	Indicador	Indicador	Indicador	Indicador	Indicador	Indicador	Indicador	Indicador	Indicador	Indicador	Indicador	Indicador	Indicador	Indicador	Indicador	Indicador	Indicador	Indicador	Indicador	Indicador	Indicador	Indicador	Indicador	Indicador	Indicador	Indicador	Indicador	Indicador	
1	CC	64920568	MARTINEZ HERNANDEZ ANA CRISTINA	57	0	N																											

PAGADA



Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Buscar...

Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

Id de página: 23000726 Ayuda ?

1 Información general

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

2 Condiciones

VER CONTRATO

3 Bienes y servicios

Ejecución del Contrato

4 Documentos del Proveedor

Porcentaje Recepción de artículos

5 Documentos del contrato

Plan de Pagos

6 Información presupuestal

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? ☐ Sí ☒ No

7 Ejecución del Contrato

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

8 Incumplimientos

Crear

Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por			
PS 2475 FEB.pdf	PS 2475 FEB.pdf	Comprador	Descargar	Detalle	
PS 2475 2022 - CUENTA DE MARZO 2022 - ANA CRISTINA MARTINEZ HERNANDEZ.pdf	PS 2475 2022 - CUENTA DE MARZO 2022 - ANA CRISTINA MARTINEZ HERNANDEZ.pdf	Comprador	Descargar	Detalle	
PS 2475 2022 - CUENTA DE ABRIL 2022.pdf	PS 2475 2022 ABRIL.pdf	Comprador	Descargar	Detalle	
CERTIFICADO ARL PS 2475 2022.pdf	CERTIFICADO ARL PS 2475 2022.pdf	Comprador	Descargar	Detalle	
PS 2475 2022-CUENTA DE MAYO 2022.pdf	PS 2475 2022 MAYO 2022.pdf	Comprador	Descargar	Detalle	

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>