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 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				
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				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 2.752.000	$ 5.160.000	$ 4.867.600	$ 292.400

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:** 2021-04-01 **Hasta:** 2021-04-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	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 frios y de ser necesario se realiza el cambio.	registro de temperatura en acta del dia
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 dia
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.	No s eprograma para este mes	No s eprograma para este mes

Observaciones: Creacion de base para retroalimentacion por parte de ambulatorios

Andrea S.

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. 40,340,521 **de** VILLAVICENCIO

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

V°B° J.T.V.

Folio 02-10 Bueno

CUENTA DE COBRO No. 4 Abril de 2021

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD
CENTRO ORIENTE E.S.E.
Nit. 900.959.051.7

DEBE A:

Nombre: ANDREA DEL PILAR SALCEDO BOHORQUEZ

C.C. No. 40.340.521

La suma de: $ 2.064.000

Total Horas: 240 HORAS CERTIFICADAS

Por concepto de:

- Honorarios por Prestación de Servicios en cumplimiento del Contrato No. PS 4029 2021, correspondiente del 1 al 30 de Abril 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 del Pilar Salcedo Bohórquez

C.C. No. **40.340.521**
Teléfono: 311 507 3636

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	40340521	ANDREA DEL PILAR SALCEDO BOHORQUEZ	CALLE 12C N° 71C 60 INT 5 APTO 103	7920720	PILSALBO@YAHOO.ES	
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	
2021-03	2021-03	I	08/04/2021	49300270	$299.400	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	113.600	0		0		0	0	0	0	113.600	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	145.400	0	0	0	0	0	0		145.400	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	22.200				22.200	0	0	22.200			222	22.200	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	18.200	0	0	18.200	1

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	113.600	113.600
Pensión	1	145.400	145.400
Riesgos Laborales	1	22.200	22.200
CCF	1	18.200	18.200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	299.400	299.400

PAGADA

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

< Volver

HISTÓRICO DE PAGOS

Detalle del pago

Datos de la factura

Descripción
COMPENSAR-OI

Empresa o servicio
Compensar-oi - 28058

Tipo identificacion
CC

Numero planilla
49300270

Cus
949372878

Valor de la factura
$ 299.400,00

Producto origen

Cuenta de Ahorros
Bancolombia
0458135891