

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:		PS 4035 2021	C.D.P. No.:	581	Proceso al que pertenece: Unidad a la que pertenece:	DIRECCION GESTION INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD 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:	2021-03-22	Fecha Terminación inicial:	2021-04-30			
Valor Mensual:	\$ 2.064.000	Valor a cobrar:	\$ 258.000			

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				

N° CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	FEBRERO	\$ 443.372		
2	MARZO	\$ 2.064.000	\$ 298.600	48529352
3	MARZO	\$ 258.000		
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				

Resumen de contrato <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> VALOR INICIAL DEL CONTRATO \$ 2.752.000 </div>	VALOR TOTAL DEL CONTRATO <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> \$ 5.160.000 </div>	PAGOS REALIZADOS <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> \$ 2.765.372 </div>	SALDO DEL CONTRATO <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> \$ 2.394.628 </div>
--	--	--	--

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

OBJETO DEL CONTRATO

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

Relación de actividades para el periodo:	Desde:	2021-03-01	Hasta:	2021-03-30
--	--------	------------	--------	------------

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)		DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO	
		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERÍODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Utilizar las medidas y elementos de protección personal	Seguridad personal para el vacunador y el usuario	Formato de entrega de EPP
2	Realizar el alistamiento de los biológicos, insumos y elementos, para el proceso de vacunación diaria	Desarrollar el proceso de vacunación de acuerdo con las guías y manual técnico administrativo	Asistencia a jornadas de vacunación y hoja de programación jefe vacunación covid
3	Explicar el proceso de aplicación del biológico al usuario y dar recomendaciones en los cuidados post vacunales	Dar conocimiento del proceso de vacunación	Consentimiento informado del paciente firmado y autorizado
4	Realizar la aplicación del biológico cumpliendo los lineamientos de vacunación segura	Seguir la directriz de las vacunas según normatividad y manual técnico administrativo	Asistencia a jornadas de vacunación y hoja de programación jefe vacunación covid
5	Reiterar al usuario su permanencia en la sala de espera el tiempo que se le indique según el biológico	Concientizar al usuario y familiar sobre los cuidados pos vacunales y la permanencia en sala pos vacuna	Asistencia a jornadas de vacunación y hoja de programación jefe vacunación covid
6	Realizar monitoreo de temperatura de los biológicos	Realizar toma de temperatura a neveras y termos adecuadamente, cumplir con la adecuada cadena de frío	Hoja de temperatura
7	Mantener el movimiento de biológico actualizado	Realizar Kardex de entrega de biológico diario	Kardex diario
8	Cumplir con el cronograma de limpieza y desinfección de las neveras, termos, cavas entre otros	Realizar limpieza y desinfección antes y después de la jornada de vacunación	Formato de Limpieza y desinfección
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	Realizar anamnesis al paciente antes del proceso de vacunación y notificar si presentó ESAVI	formato de reporte ESAVI-SIVIGILA (si aplica)

Observaciones:

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. 1.010.219.439

de

BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS

NOMBRE:	LORENZA BECERRA CAMARGO
CARGO:	DIRECTORA GESTION INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD
FIRMA	

CUENTA DE COBRO No. 1 MARZO de 2021

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

DEBE A:

Nombre: GINARY MARCELA PUENTES GUTIERREZ

C.C. No. 1010219439

La suma de: \$ 258.000

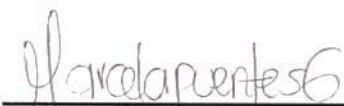
Total Horas: 10

Por concepto de:

- Honorarios por Prestación de Servicios en cumplimiento del Contrato No. PS 4035 2021, correspondiente del 01 al 31 de MARZO 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,



C.C. No. 1007105797

Teléfono: 3016044330

Transacción Aprobada



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	2021-04-12, 10:44:21 a. m.
Periodo de Cotización Otros Riesgos	Marzo de 2021
Periodo de Cotización Para Salud	Marzo de 2021
Empresa	GINARY PUENTES
CEDULA CIUDADANIA	CC 1010219439
Código Sucursal (Nombre)	()
Referencia de Pago/ Número Planilla	48528923
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 Intereses Mora
N800224808	Z30301	PORVENIR	1	\$ 145.400	\$ 0
N800251440	EPS005	FAMISANAR	1	\$ 113.600	\$ 0
N890903790	14-11	ARL SURA	1	\$ 39.600	\$ 0
SubTotales:				\$ 298.600	\$ 0
Total a Pagar:					\$ 298.600

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 PUEENTES GUTIERREZ				C.C. 1.010.219.439 de: BOGOTA
Fecha Inicio:	2021-02-22	Fecha Terminación inicial:	2021-04-30	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	\$ 443.372		
2	MARZO	\$ 2.064.000	\$ 298.600	48529352
3	MARZO	\$ 86.000		
4	ABRIL	\$ 2.064.000	\$ 298.600	48529352
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				

Resumen de contrato	VALOR INICIAL DEL CONTRATO \$ 2.752.000	VALOR TOTAL DEL CONTRATO \$ 5.160.000	PAGOS REALIZADOS \$ 4.657.372	SALDO DEL CONTRATO \$ 502.628
---------------------	--	--	----------------------------------	----------------------------------

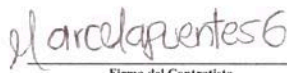
2. INFORME DE ACTIVIDADES REALIZADAS Y AVANCE EN CUMPLIMIENTO DEL OBJETO DEL CONTRATO

OBJETO DEL CONTRATO

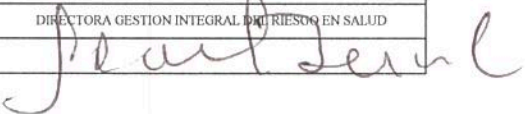
PRESTAR SERVICIOS DE ACUERDO A SU PERFIL ACADÉMICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES (DE SU PROFESIÓN), CON DISPONIBILIDAD EN CUMPLIMIENTO DE LA MISIÓN Y LA VISIÓN DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Relación de actividades para el periodo: Desde: 2021-04-01 Hasta: 2021-04-30

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCION DEL DESARROLLO	
	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1 Utilizar las medidas y elementos de protección personal	Seguridad personal para el vacunador y el usuario	Formato de entrega de EPP
2 Realizar el alistamiento de los biológicos, insumos y elementos, para el proceso de vacunación diaria	Desarrollar el proceso de vacunación de acuerdo con las guías y manual técnico administrativo	Asistencia a jornadas de vacunación y hoja de programación jefe vacunación covid
3 Explicar el proceso de aplicación del biológico al usuario y dar recomendaciones en los cuidados post vacunales	Dar conocimiento del proceso de vacunación	Consentimiento informado del paciente firmado y autorizado
4 Realizar la aplicación del biológico cumpliendo los lineamientos de vacunación segura	Seguir la directriz de las vacunas según normatividad y manual técnico administrativo	Asistencia a jornadas de vacunación y hoja de programación jefe vacunación covid
5 Reiterar al usuario su permanencia en la sala de espera el tiempo que se le indique según el biológico	Concientizar al usuario y familiar sobre los cuidados pos vacunales y la permanencia en sala pos vacuna	Asistencia a jornadas de vacunación y hoja de programación jefe vacunación covid
6 Realizar monitoreo de temperatura de los biológicos	Realizar toma de temperatura a neveras y termos adecuadamente, cumplir con la adecuada cadena de frío	Hoja de temperatura
7 Mantener el movimiento de biológico actualizado	Realizar Kardex de entrega de biológico diario	Kardex diario
8 Cumplir con el cronograma de limpieza y desinfección de las neveras, termos, cavas entre otros	Realizar limpieza y desinfección antes y después de la jornada de vacunación	Formato de Limpieza y desinfección
9 En la segunda dosis de vacuna (si aplica), indagar al usuario si presenta 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	Realizar anamnesis al paciente antes del proceso de vacunación y notificar si presenta ESAVI	formato de reporte ESAVI-SIVIGILA (si aplica)

Observaciones:	 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. 1.010.219.439 de BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS

NOMBRE:	LORENZA BECERRA CAMARGO
CARGO:	DIRECTORA GESTION INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD
FIRMA	

CUENTA DE COBRO No. 2 ABRIL de 2021

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

DEBE A:

Nombre: GINARY MARCELA PUENTES GUTIERREZ

C.C. No. 1010219439

La suma de: \$ 2.064.000

Total Horas: 240

Por concepto de:

- Honorarios por Prestación de Servicios en cumplimiento del Contrato No. PS 4035 2021, correspondiente del 01 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,

C.C. No. 1010219439

Teléfono: 3008629453



SuAporte | Pagada

Fecha creación reporte: 2021-04-12, 10:44:21 a. m. Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla: 48528923

Período Cotización: Marzo de 2021

Período Servicio: Marzo de 2021

PAGADA 2021-03-12

APORTANTE

GINARY PUENTES	Dirección	Cr 7 b # 89c 34 sur
CC 1010219439	Teléfono	3044907995
INDEPENDIENTE	Forma Presentación	ÚNICO
NATURAL	Total Afiliados	1
BOGOTÁ D.C.	Departamento	BOGOTÁ D.C.
Legal	Identificación	

EL APORTANTE

del Afiliado		Novedades										Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales			Total																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
		Subtipo Cotizata	Tipo Cotizante	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Administradora	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Administradora	IBC SENA	Aporte SENA	Administradora	IBC ICBF	Aporte ICBF	Administradora	IBC ESAP	Aporte Ministerio																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
UTIERREZ GINARY	57	0	X																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								</

C Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	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	\$	\$ 145.400	\$ 145.400	\$ 113.600	\$ 39.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 298.600

