Cuenta de cobro 00 5 2021

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

Nit. 900.959.051-7

DEBE A: KAREN EDITH RUÍZ RODRÍGUEZ

C.C.: 1.013.659.613

LA SUMA DE: OCHOCIENTOS OCHENTA Y UN MIL DOSCIENTOS OCHENTA PESOS (881.280)

Por concepto de:

- Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No. PS 2137 2021 correspondiente al mes de Junio de 2021.

OBJETO:

PRESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO DE MANERA PERSONAL Y AUTÓNOMA, EN SU CONDICIÓN DE TÉCNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERÍA (LACTARIO) PARA LA DIRECCION DE COMPLEMENTARIOS CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Cordialmente,

Karen Ruiz

C.C. 1013659613
Teléfono 3223030994
Dirección: Transversal 88B 10 A este #37 A 05 Sur.
No Cuenta de ahorros No. 055000840078968 Banco de Davivienda

Fecha: 16 de junio de 2021

Escaneado con CamScanner

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 2137 2021	**C.D.P. No.:**	301
Proceso al que pertenece:	ALTA COMPLEJIDAD ASISTENCIAL		
Unidad a la que pertenece:	UNIDAD INSTITUTO MATERNO INFANTIL		
Nombre del Contratista:	KAREN EDITH RUÍZ RODRÍGUEZ	**C.C.**	1.013.659.613
de:	Bogotá		
Fecha Inicio:	2021-02-12	**Fecha Terminación incial:**	2021-03-31
Valor Mensual:	$ 881.280	**Valor a cobrar:**	$ 881.280

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 1.542.240	822	2021-04-01	2021-04-30
2	$ 2.717.280	1219	2021-05-01	2021-06-15
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	FEBRERO	$ 1.542.240	$ 281.200	8348086413
2	MARZO	$ 1.762.560	$ 281.200	8348726299
3	ABRIL	$ 1.652.400	$ 281.200	8349423309
4	MAYO	$ 1.946.160	$ 281.200	8350101241
5	JUNIO	$ 881.280	$ 281.200	8350749962
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 3.525.120	$ 7.784.640	$ 7.784.640	$ 0

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO DE MANERA PERSONAL Y AUTONOMA, EN SU CONDICIÓN DE TÉCNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERÍA (LACTARIO) PARA LA DIRECCION DE COMPLEMENTARIOS CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2021-06-01 **Hasta:** 2021-06-15

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO	
		ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUTO O EVIDENCIA
1	Cumplir con la organización, limpieza y desinfección del área, así como de los elementos necesarios para la ejecución de las actividades.	Cumplió con la organización, limpieza y desinfección del área, así como de los elementos necesarios para la ejecución de las actividades.	FORMATO DE REGISTRO (CODIGO MI-TV-FT052 VERSION 1)
2	Cumplir con la normatividad vigente en cuanto al desempeño y permanencia en el área de trabajo asignada.	Cumplió con la normatividad vigente en cuanto al desempeño y permanencia en el área de trabajo asignada.	FORMATO DISTRIBUCION DE FORMULAS LACTEAS (CODIGO MI-DT-FT-311)
3	Garantizar inocuidad en la manipulación, preparación de las fórmulas lácteas y enterales de acuerdo a su dosificación, prescripción dietaria y distribución, conservando calidad microbiológica y nutricional.	Garantizó inocuidad en la manipulación, preparación de las fórmulas lácteas y enterales de acuerdo a su dosificación, prescripción dietaria y distribución, conservando calidad microbiológica y nutricional.	LISTA DE CHEQUEO. (CODIGO MI-TV-FT015 VERSION 01).
4	Asegurar la correcta conservación y administración de leche materna a los servicios de Neonatología.	Aseguró la correcta conservación y administración de leche materna a los servicios de Neonatología.	REGISTRO LIBRO RADICADOR
5	Registrar adecuadamente los procesos realizados en el área.	Registró adecuadamente los procesos realizados en el área.	FORMATOS DE CONTROL DE TEMPERATURA Y HUMEDAD (CODIGO MI-VT-FT090 VERSION 02) FORMATO
6	Apoyar el cumplimiento al Código Internacional de Lactancia Materna.	Apoyó el cumplimiento al Código Internacional de Lactancia Materna.	CAPACITACION (ACTA DE REUNION) 6 DE MAYO 2020.
7	Cumplir con la adecuada limpieza, desinfección y esterilización del material necesario para la preparación y administración de fórmulas lácteas y enterales.	Cumplió con la adecuada limpieza, desinfección y esterilización del material necesario para la preparación y administración de fórmulas lácteas y enterales.	FORMATO ENTREGA Y RECIBO DEL LACTARIO (CODIGO MI-DT-FT-319 VERSION 01). ESTERILIZACION.
8	Asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por la Supervisión.	Asistió a las reuniones y capacitaciones programadas por la Supervisión.	ACTA DE REUNION MAYO 2020.
9	Informar a la Supervisión acerca de cualquier novedad en cuanto a equipos, materiales o insumos en el área de trabajo.	Informó a la Supervisora acerca de cualquier novedad en cuanto a equipos, materiales o insumos en el área de trabajo.	INFORMACION VERBAL Y/O REGISTRO LIBRO RADICADOR DE ENTREGA DE TURNO
10	Ejercer las actividades propias de su oficio de conformidad con las normas y/o reglamentos de acuerdo al objeto contractual y las necesidades del servicio	Ejerció las actividades propias de su oficio de conformidad con las normas y/o reglamentos de acuerdo al objeto contractual y las necesidades del servicio	FORMATOS YA DESCRITOS.
11	Cumplir con la programación de agenda o cronograma en el desarrollo de sus actividades. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato	Cumplió con la programación de agenda o cronograma en el desarrollo de sus actividades. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato	FORMATO CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Observaciones:
SE PAGAN 96 HORAS EN JUNIO 2021.

Karen Ruiz
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. 1.013.659.613 **de** Bogotá

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	XENIA ASTRID LOZANO RODRIGUEZ
CARGO:	REFERENTE NUTRICIÓN
FIRMA	Xenia Astrid Lozano R

Escaneado con CamScanner

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): KAREN EDITH RUIZ RODRIGUEZ
No. Identificación: CC1013659613
Dirección: TRSV 8 B BIS AC 37 05 SUR
Telefono: 2079941
Correo: karenruiz0421@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8350749962

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	KAREN EDITH RUIZ RODRIGUEZ
Tipo y número de identificación	CC1013659613
Número de planilla	8350749962
Fecha pago	2021-06-02
Número de autorización pago	58424225
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	mayo de 2021
Periodo de Cotización Pensión	mayo de 2021
Número de Administradoras	3
Total Pagado	281200
Total Intereses de Mora	0

PAGADA
8350749962

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	22200	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	145400	1
EPS002	Salud Total EPS	113600	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1013659613
APELLIDOS Y NOMBRES: KAREN EDITH RUIZ RODRIGUEZ

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS002	25-14	908526	908526	908526	0	113600	0	145400	0	22200	0

PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Escaneado con CamScanner