Cuenta de cobro 00 7 2021

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

Nit. 900.959.051-7

DEBE A: JOHANNA CRUZ TOVAR

C.C.: 52.831.213

LA SUMA DE: UN MILLÓN OCHOCIENTOS DIECISIETE MIL SEISCIENTOS CUARENTA PESOS ($ 1.817.640)

Por concepto de:

- Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No. PS 2117 2021 correspondiente al mes de Agosto de 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. 52'831213
Teléfono 317 3450286
Dirección: Cra 2 H 79 - 18 Sur T3 Apto 908
No Cuenta de ahorros No 162622172 Banco de BOGOTÁ

Fecha: 31 de agosto de 2021

Escaneado con CamScanner

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: 01
FECHA: 2020-05-04

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 2117 2021	C.D.P. No.:	301
Proceso al que pertenece:	NUTRICIÓN (LACTARIO)		
Unidad a la que pertenece:	SANTA CLARA		
Nombre del Contratista:	JOHANNA CRUZ TOVAR	C.C.	52.831.213 de: Bogotá
Fecha Inicio:	2021-02-10	Fecha Terminación Inicial:	2021-03-31
Valor Mensual:	$ 1.817.640	Valor a cobrar:	$ 1.817.640

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 1.881.900	822	2021-04-01	2021-04-30
2	$ 2.827.440	1219	2021-05-01	2021-06-15
3	$ 3.947.400	1737	2021-06-16	2021-08-15
4	$ 1.927.800	2378	2021-08-16	2021-09-15
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	$ 1.771.740	$ 281.200	8348218222
2	MARZO	$ 1.872.720	$ 281.200	8348418247
3	ABRIL	$ 1.597.320	$ 281.200	8349152309
4	MAYO	$ 2.258.280	$ 281.200	8349817665
5	JUNIO	$ 1.817.640	$ 281.200	8350459090
6	JULIO	$ 1.817.640	$ 281.200	8351109106
7	AGOSTO	$ 1.817.640	$ 281.200	8351794585
8				
9				
10				
11				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 3.525.120	$ 14.109.660	$ 12.952.980	$ 1.156.680

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: 2021-08-01 Hasta: 2021-08-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las asignadas 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	LISTA DE CHEQUEO. (CODIGO MI-TV-FT015 VERSION 01).
4	Asegurar la correcta conservación y administración de leche materna a los servicios de Neonatología.	N/A	N/A
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
12			

Observaciones:
SE PAGAN 198 HORAS EN AGOSTO 2021.

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

Firma del Contratista

C.C. 52.831.213 de Bogotá

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

Escaneado con CamScanner

Señor(es): JOHANA CRUZ TOVAR
Nit: CC 52831213
Dirección: CLL 74 B 1 A 14
Teléfono: 7682956 **Fax:** 7682956
Ciudad: BOGOTA, D.C.

Respetado(s) señor(es)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:

compensar | miplanilla.com

Nombre	JOHANA CRUZ TOVAR
Tipo y número de identificación	52831213
Número de radicación planilla	8351794585
Fecha de pago	8/3/2021
Número de autorización de pago	51794585
Banco	1052
Valor Comisión	$0

Número de empleados	1
Periodo cotización salud	Julio 2021
Periodo cotización pensión	Julio 2021
Periodo cotización caja	Julio 2021
Número de administradoras	4
Total Pagado	$299.400
Total Interes mora	$0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NUMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	$22.200	1
230301	Porvenir	$145.400	1
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	$18.200	1
EPS017	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	$113.600	1

PAGADO

Escaneado con CamScanner