Cuenta de cobro 00 7 2021

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

Nit. 900.959.051-7

DEBE A: MIRNA RIVAS CABRERA

C.C.: 35.601.736

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 2092 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,

Mirna Rivas Cabrera.

C.C.
Teléfono 313 3692827
Dirección: Calle 46A-54R # 39. Este 20
No Cuenta de ahorros No. 045-859-975-82 Banco de Bancolombia.

Fecha: 31 de agosto de 2021

Escaneado con Cam

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 2092 2021	C.D.P. No.:	301	Proceso al que pertenece:	ALTA COMPLEJIDAD ASISTENCIAL
				Unidad a la que pertenece:	UNIDAD LA VICTORIA
Nombre del Contratista:	MIRNA RIVAS CABRERA			C.C. 35.601.736	de: Quibdo - Choco
Fecha Inicio:	2021-02-05	Fecha Terminación incial:	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	$ 2.478.600	822	2021-04-01	2021-04-30
2	$ 2.827.440	1219	2021-05-01	2021-06-15
3	$ 4.837.860	1737	2021-06-16	2021-08-15
4	$ 982.260	2378	2021-08-16	2021-09-15
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	$ 2.313.360	$ 281.200	8348190395
2	MARZO	$ 1.927.800	$ 281.200	8348840178
3	ABRIL	$ 1.762.560	$ 281.200	8349544130
4	MAYO	$ 1.927.800	$ 281.200	8350211063
5	JUNIO	$ 1.817.640	$ 281.200	8350866823
6	JULIO	$ 1.817.640	$ 281.200	8351536695
7	AGOSTO	$ 1.817.640	$ 281.200	835222371
8				
9				
10				
11				
12				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 3.525.120	$ 14.651.280	$ 13.384.440	$ 1.266.840

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 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.	Cumpliò 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.	Cumpliò 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.	Garantizò 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.	Asegurò 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.	Registrò 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.	Apoyò 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.	Cumpliò 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.	Asistiò 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.	Informò 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 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

Mirna Rivas C.
Firma del Contratista

C.C. 35.601.736 de Quibdo - Choco

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

Escaneado con Cam

ensar | miplanilla.com

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

Señor(a): MIRNA RIVAS CABRERA
No. Identificación: CC35601736
Dirección: CALLE 41 BIS SUR N 2-45 ESTE
Telefono: 3632791
Correo: mirnarivascabrera@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8352223711

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	MIRNA RIVAS CABRERA
Tipo y número de identificación	CC35601736
Número de planilla	8352223711
Fecha pago	2021-08-03
Número de autorización pago	1000000063
Banco	1001

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

PAGADA 8352223711

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	22200	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	145400	1
EPS017	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	113600	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 35601736
APELLIDOS Y NOMBRES: MIRNA RIVAS CABRERA

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
EPS017	25-14	908526	908526	908526	0	113600	0	145400	0	22200	0

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

Escaneado con Can