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

Nit. 900.959.051-7

DEBE A: ADRIANA JISETH MOLINA CORTÉS

C.C.: 1.031.138.902

LA SUMA DE: UN MILLÓN SEISCIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS PESOS ($ 1.652.400)

Por concepto de:

- Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No. PS 2175 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,

Adriana Jiseth Molina Cortes

C.C. 1031 138.902
Teléfono 3046279569
Dirección: cll 48 o#SA91
No Cuenta de ahorros No. 458270064983 Banco de Davivienda

Fecha: 31 de agosto de 2021

Escaneado con CamScanner

Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD
APOYO – GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

FECHA: 2021-08-31

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: PS 2175 2021 **C.D.P. No.:** 301 **Proceso al que pertenece:** ALTA COMPLEJIDAD ASISTENCIAL **Unidad a la que pertenece:** SAN BLAS

Nombre del Contratista: ADRIANA JISETH MOLINA CORTÉS **C.C.** 1.031.138.902 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2021-02-04 **Fecha Terminación incial:** 2021-03-31 **Valor Mensual:** $ 1.652.400 **Valor a cobrar:** $ 1.652.400

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	$ 3.121.200	1737	2021-06-16	2021-08-15
4	$ 2.037.960	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	$ 1.542.240	$ 281.200	9416344934
2	MARZO	$ 1.762.560	$ 281.200	9416344934
3	ABRIL	$ 1.707.480	$ 281.200	9416497974
4	MAYO	$ 1.762.560	$ 281.200	9418717068
5	JUNIO	$ 1.652.400	$ 281.200	9419902795
6	JULIO	$ 1.762.560	$ 281.200	9421108073
7	AGOSTO	$ 1.652.400	$ 281.200	9422267426
8				
9				
10				
11				
12				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 3.525.120	$ 12.943.800	$ 11.842.200	$ 1.101.600

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.	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.	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

Observaciones:
SE PAGAN 180 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

Almira Molina
Firma del Contratista

C.C. 1.031.138.902 de BOGOTA

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

AC

Escaneado con CamScanner

en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1031138902		MOLINA CORTES ADRIANA JISETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 48 U 5A - 41	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7714319	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-07	2021-07	1079074226	9422267426	I	2021/08/03	2021/08/02	BANCO DAVIVIENDA	0	$281,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$145,400	$0	$0	$145,400
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$145,400	$0	$0	$145,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$22,200	$0	$0	$22,200
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$22,200	$0	$0	$22,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$113,600	$0	$0	$113,600
MEDIMAS EPS	EPS044	901,097,473	5	1	$113,600	$0	$0	$113,600
TOTAL				1	$281,200	$0	$0	$281,200

Escaneado con CamScanner