Cuenta de cobro 9 2021

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

Nit. 900.959.051-7

DEBE A:

JOHANA CRUZ TOVAR
C.C. 52831213 de Ciudad BOGOTÁ

LA SUMA DE:

UN MILLÓN SETECIENTOS SIETE MIL CUATROCIENTOS OCHENTA (1707480)

Por concepto de: Honorarios Prestación de servicios Técnicos en cumplimiento del contrato No PS 2117 2021 correspondiente al mes de SEPTIEMBRE 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,

JOHANA CRUZ TOVAR
C.C. 52831213
Teléfono 3173450286 Dirección: KRR 9 ES 88 51 S
No Cuenta 102622172 AHORROS BANCO DE BOGOTA

Fecha: 30 DE SEPTIEMBRE 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 2117 2021	**C.D.P. No.:**	301	**Proceso al que pertenece:**	GESTIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS - NUTRICIÓN
				Unidad a la que pertenece:	UMHES SANTA CLARA
Nombre del Contratista:	JOHANA CRUZ TOVAR	**C.C.**	52.831.213	**de:**	BOGOTÁ
Fecha Inicio:	2021-02-10	**Fecha Terminación inicial:**	2021-03-31	**Valor Mensual:**	$ 1.762.560
				Valor a cobrar:	$ 1.707.480

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	$ 1.046.520	2862	2021-09-16	2021-09-30
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	8350459030
6	JULIO	$ 1.817.640	$ 281.200	8351109106
7	AGOSTO	$ 1.817.640	$ 281.200	8351794585
8	SEPTIEMBRE	$ 1.707.480	$ 281.200	8352494787
9				
10				
11				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 3.525.120	$ 15.156.180	$ 14.660.460	$ 495.720

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:** 2021-09-01 **Hasta:** 2021-09-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las subjetivadas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO	
		ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUTO O EVIDENCIA
1	Cumplir con la organizacion, limpieza y desinfeccíondel area, asi como de los elementos necesarios para la ejecucion de actividades (DILIGENCIAR REGISTRO EN LIBRO Y FORMTO DE REGISTRO)	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 encuanto al desempeño y permanencia enel area de trabajo asignada(DILIGENCIAR FORMATO DISTIBUCION DE FORMULAS LACTEAS)	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, manipulacion, preparacion de las formula lacteas y enterales de acuerdo a su dosificacion, prescripcion dietaria y distribucion, conservando calidad microbiologica y nutricional. (FORMATO LISTA DE CHEQUEO)	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 conservacion y administracion de al leche materna a los servicios de neonatologia	N/A	N/A
5	Registrar adecuadamente los procesos registrados en el area (DILIGENCIAR FORMATO CONTROL DE TEMPERATURA Y HUMEDAD)	Registró adecuadamente los procesos realizados en el área.	FORMATOS DE CONTROL DE TEMPERATURA Y HUMEDAD (CODIGO MI-VT-FT090 VERSION 02) FORMATO DE SEMAFORIZACION DE ALMACENAMIENTO DE INSUMOS (MI-TV-FT-039 VERSION 01) FORMATO DE REGISTRO Y
6	apoyar el cumplimiento del Codigo Internacional de Lactancia Materna. (CAPACITACION)	Apoyó el cumplimiento al Código Internacional de Lactancia Materna.	CAPACITACION (ACTA DE REUNION) 6 DE MAYO 2020.
7	Cumplir con la adecuada limpieza, desinfeccion y esterilizacion del material necesario para la preparacion y administracion de formulas lacteas y enterles (FORMATO DE ENTREEOA Y RECIDO DEL LACTARIO)	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 para la supervision (ACTA DE REUNION).	Asistió a las reuniones y capacitaciones programadas por la Supervisión.	ACTA DE REUNION MAYO 2020.
9	Informar a la supervision acerca de cualquier novedad en cuanto equipos, materiales e insumos en cuanto al area de trabajo.(INFORAMCION VERBVAL Y/O REGISTRO DE LIBRO)	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	Ejecutar las actividades propias de su oficio de conformidad con las normas y/o reglamentos de acuerdo al objeto contrctual y las necesidades del servicio (FORMATOS NORMATIZADOS)	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 programacionde agenda o cronograma en el desarrollo de sus actividadea contenidas en el formato de necesidad de personal que ahce parte del presetne 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			
13			
14			

Observaciones:
SE PAGAN 186 HORAS EN SEPTIEMBRE 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:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO ÁREA SALUD CODIGO 237 GRADO 15
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	8352494787
Fecha de pago	9/2/2021
Número de autorización de pago	52494787
Banco	1052
Valor Comisión	$0

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

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO 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 Calam Colsubsidio	$113.600	1

PAGADO

Escaneado con CamScanner