Cuenta de cobro 9 2021

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

Nit. 900.959.051-7

DEBE A:

BLANCA LIGIA BAQUERO APOLINAR
C.C. 41740000 de Ciudad BOGOTÁ

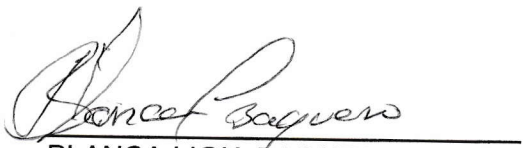
LA SUMA DE:

UN MILLÓN SETECIENTOS DIECISÉIS MIL SEISCIENTOS SESENTA PESOS ($ 1.716.660)

Por concepto de: Honorarios Prestación de servicios Técnicos en cumplimiento del contrato No PS 2095 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,



BLANCA LIGIA BAQUERO APOLINAR
C.C. 41740000
Teléfono 3102973012 Dirección: KRR 9 EST 30 11 INT 176
No Cuenta 102559259 AHORROS BANCO DE BOGOTA

Fecha: 30 DE SEPTIEMBRE 2021

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 2095 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: BLANCA LIGIA BAQUERO APOLINAR **C.C.** 41.740.000 **de:** BOGOTÁ

Fecha Inicio: 2021-02-10 **Fecha Terminación incial:** 2021-03-31 **Valor Mensual:** $ 1.762.560 **Valor a cobrar:** $ 1.716.660

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 1.615.680	822	2021-04-01	2021-04-30
2	$ 2.827.440	1219	2021-05-01	2021-06-15
3	$ 4.167.720	1737	2021-06-16	2021-08-15
4	$ 1.817.640	2378	2021-08-16	2021-09-15
5	$ 1.321.920	2862	2021-09-16	2021-09-30
6				
7				
8				
9				
10				
11				

N° CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	FEBRERO	$ 1.615.680	$ 135.800	9415286697
2	MARZO	$ 1.762.560	$ 135.800	9416481376
3	ABRIL	$ 1.762.560	$ 135.800	9417602454
4	MAYO	$ 2.313.360	$ 135.800	9418726463
5	JUNIO	$ 1.817.640	$ 138.300	9420875654
6	JULIO	$ 1.872.720	$ 138.300	9421111564
7	AGOSTO	$ 1.927.800	$ 138.300	9422261170
8	SEPTIEMBRE	$ 1.716.660	$ 138.300	9423494740
9				
10				
11				

Resumen de contrato	VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
	$ 3.525.120	$ 15.275.520	$ 14.788.980	$ 486.540

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 estipuladas 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 desinfeccion del 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)	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 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)	Registrò 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 Internaciona de Lactancia Materna. (CAPACITACION)	Apoyò 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 ENTREEGA 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 programaciond e agenda o cronograma en el desarrollo de sus actividades 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 187 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. 41.740.000 **de** BOGOTÁ

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	XENIA ASTRID LOZANO RODRIGUEZ
CARGO:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO AREA SALUD CODIGO 237 GRADO 15
FIRMA	Xenia Astrid Lozano R

aportes 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 41740000		BAQUERO APOLINAR BLANCA LIGIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 9 ESTE N° 29 - 11 SU CASA 176	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3928412	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-08	2021-08	23494740	9423494740	I	2021/09/02	2021/09/06	BANCO AV VILLAS	0	$138,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$0	$0			$925,344	$115,700			$0	$0			$925,344	$22,600		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$0	$0			$925,344	$115,700			$0	$0			$925,344	$22,600		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$0	$0			$925,344	$115,700			$0	$0			$925,344	$22,600		$0	$0
1	CC	41740000	BAQUERO BLANCA		0	$0	$0	EPS008	30	$925,344	$115,700		0	$0	$0	14-11	30	$925,344	$22,600	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$0	$0			$925,344	$115,700			$0	$0			$925,344	$22,600		$0	$0

2021/09/06 03:43 PM

LA SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.

INFORMA:

Que en esta Sociedad Administradora se le realizó Devolución de Saldos por SOLICITUD POR DEVOLUCIÓN DE SALDOS VEJEZ NORMAL al(a) Señor(a) BLANCA LIGIA BAQUERO APOLINAR, identificado(a) con Documento No. 41,740,000, por las siguientes sumas:

Fecha	Descripción	Valor
Jul.03/19	DEVOLUCION_SALDOS	$98,374.00
Oct.16/18	DEVOLUCION_SALDOS	$16,248,267.00

Así las cosas el(la) Señor(a) BLANCA LIGIA BAQUERO APOLINAR, no se encuentra pensionado(a) por Vejez, Invalidez o Sobrevivencia en esta Sociedad Administradora.

Se expide la presente certificación a solicitud del(a) interesado(a), a los 07 días del mes de Septiembre de 2021.

Cordialmente,

Gerente de Clientes