Cuenta de cobro 9 2021

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

Nit. 900.959.051-7

DEBE A:

LINA MAURIN GONZALEZ CARBAJAL
C.C. 1023905202 de Ciudad BOGOTÁ

LA SUMA DE:

UN MILLÓN SETECIENTOS OCHENTA MIL NOVECIENTOS VEINTE PESOS ($ 1.780.920)

Por concepto de: Honorarios Prestación de servicios Técnicos en cumplimiento del contrato No PS 2161 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,

LINA MAURIN GONZALEZ CARBAJAL
C.C. 1023905202
Teléfono 3014335865 Dirección: KRRA 1 C 41 B 20 S
No Cuenta 6000930955 AHORROS DAVIVIENDA

Fecha: 30 DE SEPTIEMBRE 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: 02
FECHA: 2020-05-04

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 2161 2021	C.D.P. No.:	301	Proceso al que pertenece:	GESTIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS - NUTRICIÓN
				Unidad a la que pertenece:	UMHES MATERNO INFANTIL
Nombre del Contratista:	LINA MAURIN GONZALEZ CARBAJAL			C.C.	1.023.905.202 de: BOGOTÁ
Fecha Inicio:	2021-02-24	Fecha Terminación Inicial:	2021-03-31	Valor Mensual:	$ 1.762.560 Valor a cobrar: $ 1.780.920

ADICIÓN/OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 1.892.580	822	2021-06-01	2021-06-30
2	$ 2.717.280	1219	2021-05-01	2021-08-15
3	$ 4.358.580	1737	2021-06-16	2021-08-15
4	$ 3.606.540	2278	2021-08-16	2021-09-15
5	$ 688.500	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	$ 1.542.240	$ 281.200	8348721780
2	MARZO	$ 1.652.400	$ 281.200	8348696001
3	ABRIL	$ 1.652.400	$ 281.200	8349404184
4	MAYO	$ 1.707.480	$ 281.200	50075515
5	JUNIO	$ 1.707.480	$ 281.200	1025489188
6	JULIO	$ 2.037.960	$ 281.200	51970242
7	AGOSTO	$ 1.652.400	$ 281.200	1091264243
8	SEPTIEMBRE	$ 1.780.920	$ 281.200	1125730312
9				
10				
11				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 3.525.120	$ 13.926.060	$ 13.733.280	$ 192.780

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 asignadas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADAS 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 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 concerniente al desempeño y permanencia en el área de trabajo asignada(DILIGENCIAR FORMATO DISTRIBUCION 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, manipulación, preparación de las fórmulas lácteas y enterales de acuerdo a su dosificación, prescripción dietaria y distribución, conservando calidad microbiológica 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 conservación y administración de el leche materna a los servicios de neonatología	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, desinfección y esterilización del material necesario para la preparación y administración de fórmulas lácteas y enterales (FORMATO DE ENTREGA Y RECIBO 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 supervisión (ACTA DE REUNIONES)	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 equipos, materiales e insumos en cuanto al área de trabajo (INFORAMCION VERBAL Y/O REGISTRO DE LIBRO)	Informó a la Supervisora acerca de cualquier novedad en cuanto a equipos, materiales e 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 contractual y las necesidades del servicio (FORMATOS SEMEMATIZACIÓN)	Ejecutó 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 e agenda o cronograma en el desarrollo de sus actividades anteriores en el formato de necesidad de personal que hace parte 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			
13			
14			

Observaciones:
SE PAGAN 1M HORAS EN SEPTIEMBRE 2021

Firma del Contratista

C.C. 1.023.905.202 de BOGOTÁ

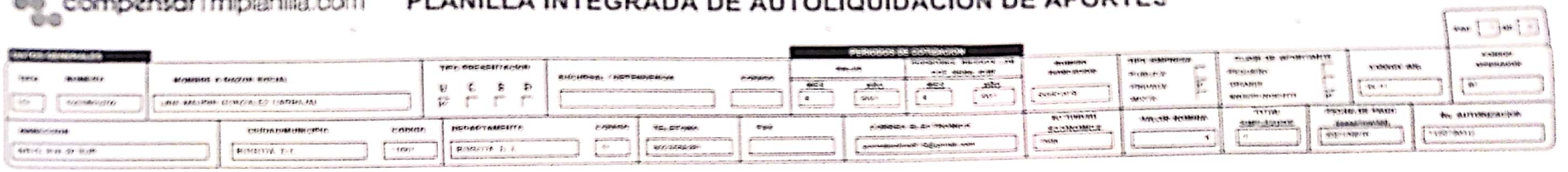
Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL.
Si es de Final contrato anexar se debe anexar también la certificación laboral con la primera cuenta de cobro

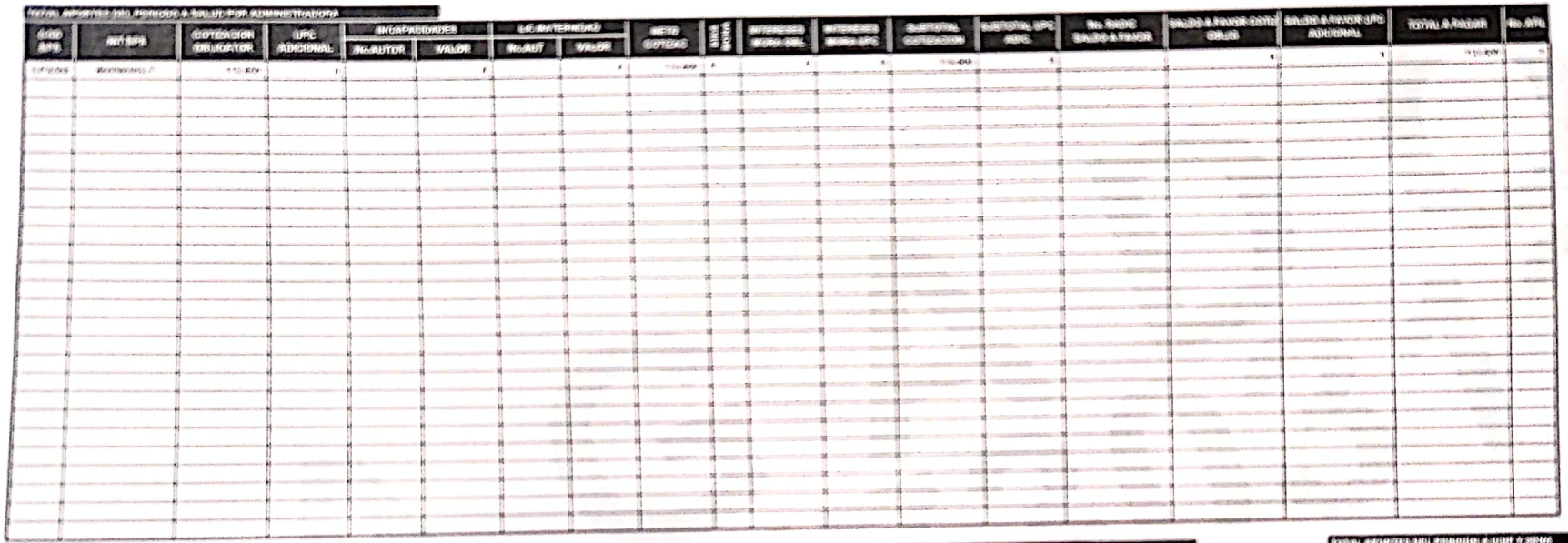
VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE	KENIA ARTED LUCANO RODRIGUEZ
CARGO	PROFESIONAL UNIVERSITARIO AREA SALUD CODIGO 237 GRADO 23
FIRMA	

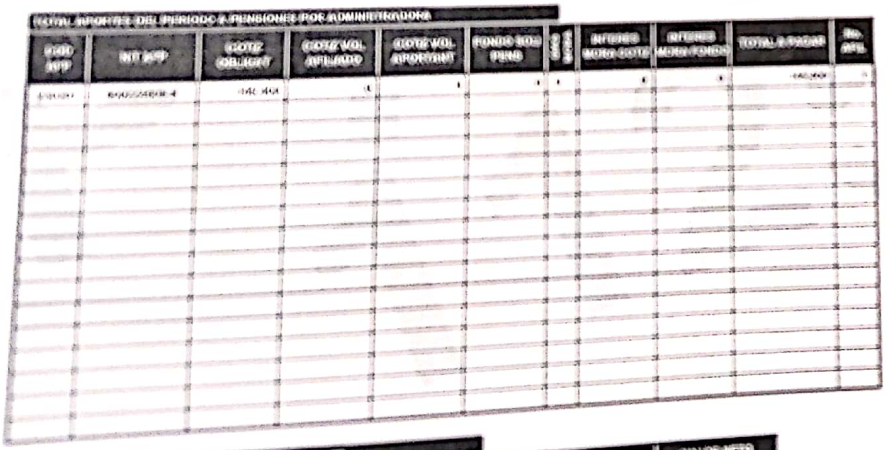
Escaneado con CamScanner

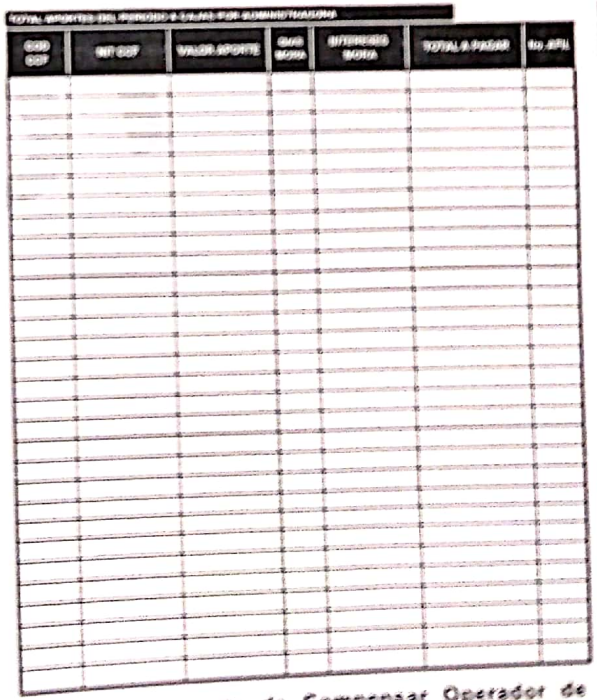
compensar | miplanilla.com

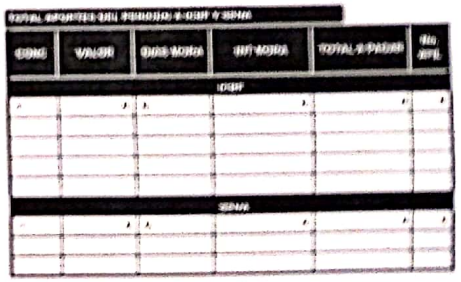
PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

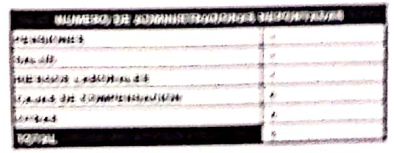


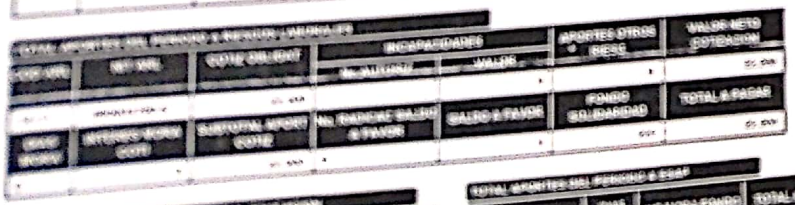


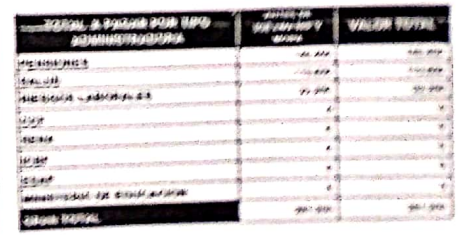
















Operación por parte de Compensar Operador de Información

Escaneado con CamScanner