

Cuenta de cobro 009 - 2021

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD
CENTRO ORIENTE E.S.E.**
Nit. 900.959.051-7

DEBE A:

OLGA LUCIA JIMENEZ RODRIGUEZ
C.C. 52.201.935 de Ciudad BOGOTÁ

LA SUMA DE:

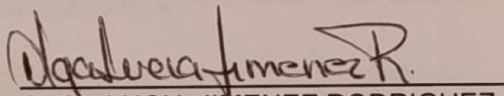
**DOS MILLONES UN MIL DOSCIENTOS CUARENTA PESOS M/CTE (\$
2.001.240,00)**

Por concepto de:

- Honorarios Prestación de servicios Técnicos en cumplimiento del contrato No PS 2105 2021 correspondiente al mes de OCTUBRE 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,



OLGA LUCIA JIMENEZ RODRIGUEZ
C.C. 52.201.935

Teléfono 3133743519 Dirección: CALLE 73BIS No. 14-26
No Cuenta 488412045764 AHORROS DAVIVIENDA

Fecha: 31 DE OCTUBRE 2021

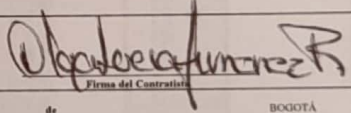
I. DATOS GENERALES DEL CONTRATO											
No. CONTRATO - OPS:		PS 2105 2021		C.D.P. No.:		301		Proceso al que pertenece:		GESTIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS - NUTRICIÓN	
Unidad a la que pertenece:		UMHES MATERNO INFANTIL		C.C.		52.201.935		de:		BOGOTÁ	
Nombre del Contratista:		OLGA LUCIA JIMENEZ RODRIGUEZ		Valor Mensual:		\$ 1.762.560		Valor a cobrar:		\$ 2.001.240	
Fecha Inicio:		2021-02-18		Fecha Terminación inicial:		2021-03-31					

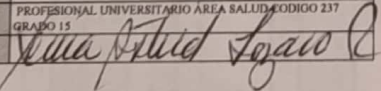
ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	\$ 1.487.160	822	2021-04-01	2021-04-30
2	\$ 2.717.280	1219	2021-05-01	2021-06-15
3	\$ 4.323.780	1737	2021-06-16	2021-08-15
4	\$ 1.459.620	2378	2021-08-16	2021-09-15
5	\$ 688.500	2862	2021-09-16	2021-09-30
6	\$ 996.030	3068	2021-10-01	2021-10-15
7	\$ 1.005.210	3271	2021-10-16	2021-10-31
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	48740136
2	MARZO	\$ 1.707.480	\$ 281.200	48537094/02911H
3	ABRIL	\$ 1.652.400	\$ 281.200	49252494
4	MAYO	\$ 1.872.720	\$ 281.200	49927261
5	JUNIO	\$ 1.707.480	\$ 281.200	50570875
6	JULIO	\$ 1.982.880	\$ 281.200	51233095
7	AGOSTO	\$ 1.762.560	\$ 281.200	109113602H
8	SEPTIEMBRE	\$ 1.964.520	\$ 281.200	51598111
9	OCTUBRE	\$ 2.001.240	\$ 281.200	53201411
10				
11				

Resumen de contrato	VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
	\$ 3.525.120	\$ 16.202.700	\$ 16.193.520	\$ 9.180

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: 2021-10-01	Hasta: 2021-10-31
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la oferta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO	
	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO 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 FORMATO 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)
3. Cumplir con la normatividad vigente en cuanto 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 formulas lacteas 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 formulas lacteas 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 al leche materna a los servicios de neonatología	N/A	N/A
5. Registrar adecuadamente los procesos registrados en el área (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 Código 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 formulas lacteas 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 formulas lacteas 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 REUNION).	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 e insumos en cuanto al área de trabajo. (INFORMACION VERBAL Y/O REGISTRO LIBRO RADICADOR Y/O REGISTRO DE LIBRO)	Informó a la Supervisión 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 contractual 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	FORMATOS YA DESCRITOS.
11. Cumplir con la programación e agenda o cronograma en el desarrollo de sus actividades contenidas 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		

SE PAGAN 218 HORAS EN OCTUBRE 2021.	 Firma del Contratista		
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			
C.C.	52.201.935	de	BOGOTÁ

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

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52201935	OLGA LUCIA JIMENEZ RODRIGUEZ	CL. 730 BIS SUR 14 26	3133743519	olgallucal/52@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CUIDAD / MUNICIPIO	
UNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					BRV EXENTOS	IPC
					1	3
					TOTAL A PAGAR	
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES	1	12/10/2021	52291411	203.200	
2021-09	2021-09					

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS-0008	Compensar EPS	850065942-7	113.600	0		0		0	0	0	0	113.600	1

TOTALES PENSION											No. Asíndos	
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Asíndos
25-14	Colpensiones	900318004-7	145.400	0	0	0	0	0	0		145.400	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															No. Afiliados
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	No. Autorización	Valor	Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	
14-11	ARL SURIA	8890803790-5	22.200				22.200	0	0	22.200			222	22.200	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	Nº. Afiliados
TOTAL POR SUBSECTOR							

TOTALES PARAFISCLES					No. Afiliados
Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar		
SENA					
0	0		0	0	
ICBF					
0	0		0	0	
ESAP					
MEN					

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRR y Mora	Total a Pagar
Salud	1	113,600	113,600
Pension	1	145,400	145,400
Riesgos Laborales	1	22,200	22,200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
AMEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	281,200	281,200