

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52098805		SUAREZ HIGUERA NUBIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	DG 50A 24A-45	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2790589	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		Valor
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	
2021-09	2021-09	1160103465	9424689987	I	2021/10/04	2021/10/11	BANCO DAVIVIENDA	7	\$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
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$145,400	\$0	\$0	\$145,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$22,200	\$0	\$0	\$22,200
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$22,200	\$0	\$0	\$22,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$113,600	\$0	\$0	\$113,600
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	\$113,600	\$0	\$0	\$113,600
TOTAL				1	\$281,200	\$0	\$0	\$281,200

I. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: **PS 2102 2021** C.D.F. No.: **301** Proceso al que pertenece: **GESTIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS - NUTRICIÓN**
Unidad a la que pertenece: **UMHES SAN BLAS**
Nombre del Contratista: **NUBIA SUAREZ HIGUERA** C.C.: **52.098.805** de: **BOGOTÁ**
Fecha Inicio: **2021-02-15** Fecha Terminación inicial: **2021-03-31** Valor Mensual: **\$ 1.762.560** Valor a cobrar: **\$ 2.148.120**

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	\$ 3.066.120	1737	2021-06-16	2021-08-15
4	\$ 2.001.240	2378	2021-08-16	2021-09-15
5	\$ 908.820	2862	2021-09-16	2021-09-30
6	\$ 610.470	3068	2021-10-01	2021-10-15
7	\$ 1.276.020	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	9415295268
2	MARZO	\$ 1.707.480	\$ 281.200	9416513971
3	ABRIL	\$ 1.707.480	\$ 281.200	9417580448
4	MAYO	\$ 1.707.480	\$ 281.200	9418659016
5	JUNIO	\$ 1.652.400	\$ 281.200	9419906759
6	JULIO	\$ 1.762.560	\$ 281.200	9421096231
7	AGOSTO	\$ 1.652.400	\$ 281.200	9422185621
8	SEPTIEMBRE	\$ 1.707.480	\$ 281.200	9423493039
9	OCTUBRE	\$ 2.148.120	\$ 281.200	9424689987
10				
11				

Resumen de contrato	VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
	\$ 3.525.120	\$ 15.592.230	\$ 15.587.640	\$ 4.590

2. INFORME DE ACTIVIDADES REALIZADAS Y AVANCE EN CUMPLIMIENTO DEL 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 asignadas 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)
2	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 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 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 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 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 equipos, materiales e insumos en cuanto al área de trabajo (INFORMACION VERBAL Y/O REGISTRO DE LIBRO)	Informó a la Supervisión 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 NORMATIZADOS)	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 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 234 HORAS EN OCTUBRE 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

C.C. **52.098.805** de **BOGOTÁ**
Firma del Contratista

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	XENIA ASTRID LOZANO RODRIGUEZ
CARGO:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO AREA SALUD CODIGO 237 GRADO 13
FIRMA:	<i>Xenia Astrid Lozano</i>

Cuenta de cobro 009 - 2021

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

Nit. 900.959.051-7

DEBE A:

NUBIA SUAREZ HIGUERA
C.C. 52.098.805 de Ciudad BOGOTÁ

LA SUMA DE:

**DOS MILLONES CIENTO CUARENTA Y OCHO MIL CIENTO VEINTE
PESOS M/CTE (\$ 2.148.120,00)**

Por concepto de:

- Honorarios Prestación de servicios Técnicos en cumplimiento del contrato No PS 2102 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,



NUBIA SUAREZ HIGUERA

C.C. 52.098.805

Teléfono 3219935252 Dirección: CALLE 76 C No. 7-11 SUR

No Cuenta 4870320035 AHORROS DAVIVIENDA

Fecha: 31 DE OCTUBRE 2021