Cuenta de cobro 009 - 2021

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

**Nit. 900.959.051-7**

**DEBE A:**

JOHANA CRUZ TOVAR
C.C. 52.831.213 de Ciudad BOGOTÁ

**LA SUMA DE:**

**UN MILLON QUINIENTOS CATORCE MIL SETECIENTOS PESOS M/CTE ($ 1.514.700,00)**

Por concepto de:

- Honorarios Prestación de servicios Técnicos en cumplimiento del contrato No PS 2117 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,**

JOHANA CRUZ TOVAR
C.C. 52.831.213
Teléfono 3173450286 Dirección: CARRERA 2 No. 79-18 SUR APTO.908 T.3
No Cuenta 102622172 AHORROS BANCO DE BOGOTA

Fecha: 31 DE OCTUBRE 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:** | $ 1.514.700 | | | | |

| 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 | $ 266.220 | 3068 | 2021-10-01 | 2021-10-15 |
| 7 | $ 761.940 | 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 | $ 1.771.740 | $ 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 | OCTUBRE | $ 1.514.700 | $ 281.200 | 8353215051 |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |

**Resumen de contrato**

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 3.525.120 | $ 16.184.340 | $ 16.175.160 | $ 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 minuta) | DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 1 | Cumplir con la organizacion, limpieza y desinfeccionde l 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 Internaciona 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 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 | | | |

**SE PAGAN 165 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

**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** | |

Escaneado con CamScanner

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

**Señor(a):** JOHANA CRUZ TOVAR
**No. Identificación:** CC52831213
**Dirección:** CLL 74 B 1 A 14
**Telefono:** 7682956
**Correo:** johisct_3011@hotmail.com
**Ciudad:** BOGOTÁ, D.C.
**Número de Planilla:** 8353215051

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

| | |
|---|---|
| Nombre Aportante | JOHANA CRUZ TOVAR |
| Tipo y número de identificación | CC52831213 |
| Número de planilla | 8353215051 |
| Fecha pago | 2021-10-05 |
| Número de autorización pago | 16077844 |
| Banco | 1023 |

| | |
|---|---|
| Número de Empleados | 1 |
| Periodo de Cotización Salud | septiembre de 2021 |
| Periodo de Cotización Pensión | septiembre de 2021 |
| Número de Administradoras | 4 |
| Total Pagado | 299400 |
| Total Intereses de Mora | 0 |

PAGADA

8353215051

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|---|---|---|---|
| 14-11 | ARL SURA | 22200 | 1 |
| 230301 | Porvenir | 145400 | 1 |
| CCF24 | Compensar Caja de Compensacion Fliar | 18200 | 1 |
| EPS017 | Famisanar EPS Cafam Colsubsidio | 113600 | 1 |

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 52831213
APELLIDOS Y NOMBRES: JOHANA CRUZ TOVAR

| Cód. EPS | Cód. AFP | IBC SALUD | IBC PENSIÓN | IBC RIESGOS | IBC CAJAS | COTIZACIÓN SALUD | VALOR UPC | COTIZACIÓN PENSIÓN | FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN RIESGOS | APORTE CAJAS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS017 | 230301 | 908526 | 908526 | 908526 | 908526 | 113600 | 0 | 145400 | 0 | 22200 | 0 |

Escaneado con CamScanner