Cuenta de cobro 10 - 2021

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

Nit. 900.959.051-7

DEBE A:

MIRNA RIVAS CABRERA
C.C. 35.601.736 de Ciudad QUIBDO.

LA SUMA DE:

DOS MILLONES CUATROCIENTOS SETENTA Y OCHO MIL SEISCIENTOS PESOS M/CTE ($2.478.600)

Por concepto de:

- Honorarios Prestación de servicios Técnicos en cumplimiento del contrato No PS 2092 2021 correspondiente al mes de NOVIEMBRE 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,

Mirna Rivas Cabrera.

MIRNA RIVAS CABRERA
C.C. 35.601.736
Teléfono 3133692821 Dirección: CALLE 46A SUR # 3G ESTE - 20
No Cuenta 4585997582 AHORROS BANCOLOMBIA

Fecha: 30 DE NOVIEMBRE 2021

Escaneado con Ca

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 2092 2021	C.D.P. No.:	301	Proceso al que pertenece:	GESTIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS - NUTRICIÓN
				Unidad a la que pertenece:	UMHES LA VICTORIA
Nombre del Contratista:	MIRNA RIVAS CABRERA			C.C. 35.601.736	de: QUIBDO
Fecha Inicio:	2021-02-05	Fecha Terminación incial:	2021-03-31	Valor Mensual: $ 1.762.560	Valor a cobrar: $ 2.478.600

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 2.478.600	822	2021-04-01	2021-04-30
2	$ 2.827.440	1219	2021-05-01	2021-06-15
3	$ 4.837.860	1737	2021-06-16	2021-08-15
4	$ 982.260	2378	2021-08-16	2021-09-15
5	$ 706.860	2862	2021-09-16	2021-09-30
6	$ 706.860	3068	2021-10-01	2021-10-15
7	$ 908.820	3271	2021-10-16	2021-10-31
8	$ 2.194.020	3454	2021-11-01	2021-11-30
9	$ 275.400	3768		
10				
11				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	FEBRERO	$ 2.313.360	$ 281.200	8348190395
2	MARZO	$ 1.927.800	$ 281.200	8348840178
3	ABRIL	$ 1.762.560	$ 281.200	8349544130
4	MAYO	$ 1.927.800	$ 281.200	8350211063
5	JUNIO	$ 1.817.640	$ 281.200	8350866823
6	JULIO	$ 1.817.640	$ 281.200	8351536695
7	AGOSTO	$ 1.817.640	$ 281.200	8352223711
8	SEPTIEMBRE	$ 1.771.740	$ 281.200	8352892603
9	OCTUBRE	$ 1.808.460	$ 281.200	8353583305
10	NOVIEMBRE	$ 2.478.600	$ 281.200	8354262133
11				

Resumen de contrato	VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
	$ 3.525.120	$ 19.443.240	$ 19.443.240	

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: 2021-11-01 Hasta: 2021-11-30

	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 desinfeccíondel area, asi como de los elementos necesarios para la ejecucion de actividades (DILIGENCIAR REGISTRO EN LIBRO Y FORMTO DE REGISTRO)	Cumpliò 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)	Cumpliò 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)	Cumpliò 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).	Asistiò 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)	Informò 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)	Ejerciò 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.	Cumpliò 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 270 HORAS EN NOVIEMBRE 2021.

Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL.
En caso de tener contrato nuevo se debe anexar también la certificacion bancaria con la primera cuenta de cobro

Mirna Rivas C.
Firma del Contratista

C.C. 35.601.736 de QUIBDO

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

Escaneado con Ca

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

Señor(a): MIRNA RIVAS CABRERA
No. Identificación: CC35601736
Dirección: CALLE 41 BIS SUR N 2-45 ESTE
Telefono: 3632791
Correo: mirnarivascabrera@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8354262133

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	MIRNA RIVAS CABRERA
Tipo y número de identificación	CC35601736
Número de planilla	8354262133
Fecha pago	2021-11-05
Número de autorización pago	1000000116
Banco	1001

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	octubre de 2021
Periodo de Cotización Pensión	octubre de 2021
Número de Administradoras	3
Total Pagado	281200
Total Intereses de Mora	0

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	22200	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	145400	1
EPS017	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	113600	1

8354262133

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 35601736
APELLIDOS Y NOMBRES: MIRNA RIVAS CABRERA

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APOR CAJ
EPS017	25-14	908526	908526	908526	0	113600	0	145400	0	22200	0

Escaneado con Ca