Cuenta de cobro 10 - 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. 1.023.905.202 de Ciudad BOGOTÁ.

LA SUMA DE:

UN MILLON CUATROCIENTOS OCHENTA Y SIETE MIL CIENTO SESENTA PESOS M/CTE ($1.487.160)

Por concepto de:

- Honorarios Prestación de servicios Técnicos en cumplimiento del contrato No PS 2161 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,

LINA MAURIN GONZALEZ CARBAJAL
C.C. 1.023.905.202
Teléfono 3014335865 Dirección: CARRERA 1 C No. 41B-20 SUR
No Cuenta 6000930955 AHORROS DAVIVIENDA

Fecha: 30 DE NOVIEMBRE 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 2161 2021	C.D.P. No.:	301
Proceso al que pertenece:	GESTIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS - NUTRICIÓN		
Nombre del Contratista:	LINA MAURIN GONZALEZ CARBAJAL	Unidad a la que pertenece:	UMHES MATERNO INFANTIL
Fecha Inicio:	2021-02-24	Fecha Terminación Inicial:	2021-03-31
C.C.	1.023.905.202	de:	BOGOTÁ
Valor Mensual:	$ 1.762.560	Valor a cobrar:	$ 1.487.160

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 1.432.080	822	2021-04-01	2021-04-30
2	$ 2.717.280	1219	2021-05-01	2021-06-15
3	$ 4.158.540	1737	2021-06-16	2021-08-15
4	$ 1.404.540	2378	2021-08-16	2021-09-15
5	$ 688.500	2862	2021-09-16	2021-09-30
6	$ 720.630	3068	2021-10-01	2021-10-15
7	$ 913.410	3271	2021-10-16	2021-10-31
8	$ 1.918.620	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	$ 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	10254891 88
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	OCTUBRE	$ 1.817.640	$ 281.200	1125730312
10	NOVIEMBRE	$ 1.487.160	$ 281.200	1125730312
11				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 3.525.120	$ 17.754.120	$ 17.038.080	$ 716.040

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 ÉL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUTO O EVIDENCIA
1	Cumplir con la organizacion, limpieza y desinfeccion del 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 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, 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 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, desinfeccion y esterilizacion del material necesario para la preparacion y administracion de formulas lacteas y enterales (FORMATO DE ENTREGA 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 contretual 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 programacionid e agenda o cronograma en el desarrollo de sus actividades contenidas en el formato de necesidad de personal que ahce parte del presente contrato	Cumplió con la programacion 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 242 HORAS EN NOVIEMBRE 2021.

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

Firma del Contratista

C.C. 1.023.905.202 de BOGOTÁ

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS

NOMBRE	XENIA ASTRID LOZANO RODRIGUEZ
CARGO	PROFESIONAL UNIVERSITARIO AREA SALUD CODIGO 237 GRADO 15
FIRMA	

Escaneado con CamScanner

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 1 DE 2

DATOS GENERALES

TIPO	NUMERO	NOMBRE O RAZON SOCIAL	TIPO PRESENTACION	SUCURSAL / DEPENDENCIA	CODIGO
CC	1023905202-	LINA MAURIN GONZALEZ CARBAJAL	U C S D		

PERIODOS DE COTIZACION

SALUD MES	SALUD AÑO	PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF MES	PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF AÑO
10	2021	10	2021

NUMERO RADICACION	TIPO EMPRESA	CLASE DE APORTANTE	CODIGO ARL	CODIGO OPERADOR
53251479	PUBLICA / PRIVADA / MIXTA	PEQUEÑO / GRANDE / INDEPENDIENTE	14-11	83

DIRECCION	CIUDAD/MUNICIPIO	CODIGO	DEPARTAMENTO	CODIGO	TELEFONO	FAX	CORREO ELECTRONICO	ACTIVIDAD ECONOMICA	VALOR NOMINA	TOTAL EMPLEADOS	FECHA DE PAGO (aaaa/mm/dd)	No. AUTORIZACION
KR1C 41A 20 SUR	BOGOTÁ, D.C.	11001	BOGOTÁ D. C.	11	3023556281		gonzalezlina615@gmail.com	7490	0	1	2021/11/08	1125730312

TOTAL APORTES DEL PERIODO A SALUD POR ADMINISTRADORA

COD EPS	NIT EPS	COTIZACION OBLIGATOR	UPC ADICIONAL	INCAPACIDADES No.AUTOR	INCAPACIDADES VALOR	LIC.MATERNIDAD No.AUT	LIC.MATERNIDAD VALOR	NETO COTIZAC	DIAS MORA	INTERESES MORA OBL	INTERESES MORA UPC	SUBTOTAL COTIZACION	SUBTOTAL UPC ADIC.	No. RADIC SALDO A FAVOR	SALDO A FAVOR COTIZ OBLIG	SALDO A FAVOR UPC ADICIONAL	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
EPS008	860066942-7	113.600	0		0		0	113.600	0	0	0	113.600	0		0	0	113.600	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A PENSIONES POR A

COD AFP	NIT AFP	COTIZ OBLIGAT	COTIZ VOL AFILIADO	COTIZ VOL APORTANT	FONDO SOLI PENS	DIAS MORA	INTERES MORA COTIZ	INTERES MORA FONDO	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
230301	800224808-8	145.400	0	0	0	0	0	0	145.400	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A CAJAS POR ADMINISTRADORA

COD CCF	NIT CCF	VALOR APORTE	DIAS MORA	INTERESES MORA	TOTAL A PAGAR	No. AFIL

TOTAL APORTES DEL PERIODO A ICBF Y SENA

CONC	VALOR	DIAS MORA	INT MORA	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
ICBF					
1	0	0	0	0	0
SENA					
1	0	0	0	0	0

NUMERO DE ADMINISTRADORAS REPORTADAS	
PENSIONES	1
SALUD	1
RIESGOS LABORALES	1
CAJAS DE COMPENSACION	0
OTRAS	0
TOTAL	3

TOTAL APORTES DEL PERIODO A RIESGOS LABORALES

COD ARL	NIT ARL	COTIZ OBLIGAT	INCAPACIDADES No.AUTORIZ	INCAPACIDADES VALOR	APORTES OTROS RIESG	VALOR NETO COTIZACION
14-11	890903790-5	22.200		0	0	22.200
DIAS MORA	INTERES MORA COTI	SUBTOTAL APORT COTIZ	No. RADICAC SALDO A FAVOR	SALDO A FAVOR	FONDO SOLIDARIDAD	TOTAL A PAGAR
0	0	22.200	0	0	222	22.200

TOTAL A PAGAR POR TIPO ADMINISTRADORA	ANTES DE IGE,LMA,IRP Y MORA	VALOR TOTAL
PENSIONES	145.400	145.400
SALUD	113.600	113.600
RIESGOS LABORALES	22.200	22.200
CCF	0	0
SENA	0	0
ICBF	0	0
ESAP	0	0
MINISTERIO DE EDUCACION	0	0
GRAN TOTAL	281.200	281.200

TOTAL APORTES DEL PERIODO A MIN. EDUCACION

VALOR	DIAS MORA	INT MORA FONDO	TOTAL A PAGAR

TOTAL APORTES DEL PERIODO A ESAP

VALOR	DIAS MORA	INT MORA FONDO	TOTAL A PAGAR

Escaneado con CamScanner