

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

Nº CONTRATO (OPS): **PS 1159 2021** C.B.P. Nº: **301** Proceso al que pertenece: **GESTIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS - NUTRICIÓN**
 Unidad a la que pertenece: **UMHES LA VICTORIA**
 Nombre del Contratista: **YENIFER ALEXANDRA GOMEZ FERNANDEZ** C.C.: **1.023.882.242** de: **BOGOTÁ**
 Fecha Inicio: **2021-02-05** Fecha Terminación Incl: **2021-03-31** Valor Mensual: **\$ 1.762.560** Valor a cobrar: **\$ 2.478.600**

ADICION/OTRO SI	VALOR ADICION	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	Nº CTA	MESE DE CUENTA DE CORRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	\$ 2.800.000	822	2021-04-01	2021-04-30	1	FEBRERO	\$ 2.478.600	\$ 281.200	8348189163
2	\$ 2.912.280	1219	2021-05-01	2021-05-31	2	MARZO	\$ 2.693.640	\$ 281.200	8348846124
3	\$ 4.619.540	1243	2021-06-16	2021-08-15	3	ABRIL	\$ 1.652.400	\$ 281.200	8349599929
4	\$ 1.018.980	2378	2021-08-16	2021-09-15	4	MAYO	\$ 1.707.480	\$ 281.200	8350207314
5	\$ 670.140	2862	2021-09-16	2021-09-30	5	JUNIO	\$ 1.817.640	\$ 281.200	8350664782
6	\$ 610.470	3068	2021-10-01	2021-10-31	6	JULIO	\$ 1.817.640	\$ 281.200	8351537053
7	\$ 876.690	3271	2021-10-16	2021-10-31	7	AGOSTO	\$ 1.817.640	\$ 281.200	835217164
8	\$ 1.891.080	3454	2021-11-01	2021-11-30	8	SEPTIEMBRE	\$ 1.707.480	\$ 281.200	8352887845
9	\$ 550.800	3768	2021-11-01	2021-11-30	9	OCTUBRE	\$ 1.716.660	\$ 281.200	8353586059
10	\$ 2.478.600	3852	2021-12-01	2021-12-31	10	NOVIEMBRE	\$ 2.478.600	\$ 281.200	8354249782
11					11	DICIEMBRE	\$ 2.478.600	\$ 306.960	8355052722

Resumen de contrato
 VALOR INICIAL DEL CONTRATO: **\$ 3.525.120**
 VALOR TOTAL DEL CONTRATO: **\$ 21.765.780**
 PAGOS REALIZADOS: **\$ 21.765.780**
 SALDO DEL CONTRATO: **\$ 0**

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: **2021-12-01** Hasta: **2021-12-31**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las señaladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO	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 (CÓDIGO 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 (CÓDIGO MI-DT-FT-311)
3. Garantizar inocuidad, manipulación, preparación de las formula 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 fórmulas lácteas y enterales de acuerdo a su dosificación, prescripción dietaria y distribución, conservando calidad microbiológica y nutricional.	LISTA DE CHEQUEO. (CÓDIGO 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 (CÓDIGO 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 fórmulas lácteas y enterales.	FORMATO ENTREGA Y RECIBO DEL LACTARIO (CÓDIGO 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 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 NORMALIZADOS)	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 270 HORAS EN DICIEMBRE 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.: **1.023.882.242** de **BOGOTÁ**

Alexandra G
 Firma del Contratista

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS

NOMBRE: **XENIA ASTRID LOZANO RODRIGUEZ**
 CARGO: **PROFESIONAL UNIVERSITARIO AREA SALUD CODIGO 237 GRADO 15**
 FIRMA: *Xenia Astrid Lozano R*

Cuenta de cobro 011 - 2021

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

Nit. 900.959.051-7

DEBE A:

YENIFER ALEXANDRA GOMEZ FERNANDEZ.
C.C. 1.023.882.242 de Ciudad BOGOTÁ

LA SUMA DE:

**DOS MILLONES CUATROCIENTOS SETENTA Y OCHO MIL SEISCIENTOS
PESOS M/CTE (\$ 2.478.600,00)**

Por concepto de:

- Honorarios Prestación de servicios Técnicos en cumplimiento del contrato No PS 2159 2021 correspondiente al mes de DICIEMBRE 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,

Alexandra Gomez
YENIFER ALEXANDRA GOMEZ FERNANDEZ
C.C. 1.023.882.242
Teléfono 3202183476 Dirección: CALLE 40 ESTE SUR No. 3C-40
No Cuenta 23310832715 AHORROS BANCOLOMBIA

Fecha: 31 DE DICIEMBRE 2021

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

Señor(a): YENIFER ALEXANDRA GOMEZ FERNANDEZ
 No. Identificación: CC1023882242
 Dirección: DIAG 38 D SUR N 1 ESTE 05
 Telefono: 3202183476
 Correo: alexangomez101614@gmail.com
 Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
 Número de Planilla: 8355052922

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	YENIFER ALEXANDRA GOMEZ FERNANDEZ
Tipo y número de identificación	CC1023882242
Número de planilla	8355052922
Fecha pago	2021-12-03
Número de autorización pago	1000000303
Banco	1001

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	noviembre de 2021
Periodo de Cotización Pensión	noviembre de 2021
Número de Administradoras	3
Total Pagado	306900
Total Intereses de Mora	0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	24200	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	158700	1
EPS008	Compensar EPS	124000	1

TIPO DOC.: CC
 NO. DOCUMENTO: 1023882242
 APELLIDOS Y NOMBRES: YENIFER ALEXANDRA GOMEZ FERNANDEZ

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
EPS008	25-14	991440	991440	991440	0	124000	0	158700	0	24200	0

REDU - Subred Centro Oriente

Hace constar que

YENIFER ALEXANDRA GOMEZ FERNANDEZ

ha completado el curso

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

noviembre 27, 2021

7s2NCz6KHe