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: 2018-05-04

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 2175 2021	C.D.P. No.:	301	Proceso al que pertenece:	GESTIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS - NUTRICIÓN
				Unidad a la que pertenece:	UMHES SAN BLAS
Nombre del Contratista:	ADRIANA JISETH MOLINA CORTES			C.C.	1,031.138.902 de: BOGOTÁ
Fecha Inicio:	2021-02-04	Fecha Terminación Inicial:	2021-03-31	Valor Mensual:	$ 1.762.560 Valor a cobrar: $ 2.056.320

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 1.542.240	1822	2021-04-01	2021-04-30
2	$ 2.717.280	1219	2021-05-01	2021-06-15
3	$ 3.121.200	1737	2021-06-16	2021-08-15
4	$ 2.037.960	2378	2021-08-16	2021-09-15
5	$ 872.100	2862	2021-09-16	2021-09-30
6	$ 610.470	3068	2021-10-01	2021-10-15
7	$ 876.690	3271	2021-10-16	2021-10-31
8	$ 2.409.420	3454	2021-11-01	2021-11-30
9	$ 2.203.200	3852	2021-12-01	2021-12-31
10				
11				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	FEBRERO	$ 1.342.240	$ 281.200	9416344934
2	MARZO	$ 1.762.560	$ 281.200	9416344934
3	ABRIL	$ 1.707.480	$ 281.200	9416497974
4	MAYO	$ 1.762.560	$ 281.200	9418717068
5	JUNIO	$ 1.652.400	$ 281.200	9419902795
6	JULIO	$ 1.762.560	$ 281.200	9421108073
7	AGOSTO	$ 1.652.400	$ 281.200	9422267426
8	SEPTIEMBRE	$ 1.707.480	$ 281.200	9423486368
9	OCTUBRE	$ 1.744.200	$ 281.200	9424712962
10	NOVIEMBRE	$ 2.478.600	$ 281.200	9423876978
11	DICIEMBRE	$ 2.056.320	$ 306.900	9427157954/9428093908

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 3.525.120	$ 19.975.680	$ 19.828.800	$ 146.880

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

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las asignadas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Cumplir con la organizacion, limpieza y desinfeccionde 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, presenpcion 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) 4 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)	Cumplio 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 RADICADO 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)	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 alce 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 224 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

Adriana Molina
Firma del Contratista

C.C. 1.031.138.902 de BOGOTÁ

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS

NOMBRE:	XENIA ASTRID LOZANO RODRIGUEZ
CARGO:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO ÁREA SALUD CODIGO 237 GRADO 13
FIRMA	Xenia Astrid Lozano R

Escaneado con CamScanner

Cuenta de cobro 011 - 2021

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

Nit. 900.959.051-7

DEBE A:

ADRIANA JISETH MOLINA CORTES.
C.C. 1.031.138.902 de Ciudad BOGOTÁ

LA SUMA DE:

DOS MILLONES CINCUENTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE ($ 2.056.320,00)

Por concepto de:

- Honorarios Prestación de servicios Técnicos en cumplimiento del contrato No PS 2175 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,

Adriana Jiseht Molina cortes

ADRIANA JISETH MOLINA CORTES
C.C. 1.031.138.902
Teléfono 3046279567 Dirección: CALLE 48 U No. 5A-41
No Cuenta 458270064983 AHORROS DAVIVIENDA

Fecha: 31 DE DICIEMBRE 2021

Escaneado con CamScanner

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1031138902		MOLINA CORTES ADRIANA JISETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 48 U SA - 41	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7714319	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-11	2021-11	1233421023	9427157954	I	2021/12/02	2021/12/06	BANCO DAVIVIENDA	4	$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
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$145,400	$0	$0	$145,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$22,200	$0	$0	$22,200
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$22,200	$0	$0	$22,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$113,600	$0	$0	$113,600
MEDIMAS EPS	EPS044	901,097,473	5	1	$113,600	$0	$0	$113,600
TOTAL				1	$281,200	$0	$0	$281,200

Escaneado con CamScanner

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1031138902		MOLINA CORTES ADRIANA JISETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 48 U SA - 41	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7714319	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-11	2021-11	1234111846	94285093088	N	2021/12/02	2021/12/06	BANCO DAVIVIENDA	4	$25,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$13,300	$0	$0	$13,300
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$13,300	$0	$0	$13,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$2,000	$0	$0	$2,000
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$2,000	$0	$0	$2,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$10,400	$0	$0	$10,400
MEDIMAS EPS	EPS044	901,097,473	5	1	$10,400	$0	$0	$10,400
TOTAL				1	$25,700	$0	$0	$25,700

Escaneado con CamScanner

REDU - Subred Centro Oriente

Hace constar que

ADRIANA JISETH MOLINA CORTES

ha completado el curso

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

diciembre 10, 2021

Escaneado con CamScanner