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 CONTRATACIÓN
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 03
FECHA: 2021-12-27

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 2429 2022	**C.D.P. No.:**	105	**Proceso que pertenece:**	MISIONAL
				Servicio al que pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS
				Unidad a la que pertenece:	UHMES VICTORIA

Nombre del Contratista: MIRNA RIVAS CABRERA **C.C.** 35.601.736 **de:** QUIBDO

Fecha Inicio: 2022-02-01 **Fecha Terminación inicial:** 2022-04-30 **Valor Mensual:** $ 2.269.296 **Valor a cobrar:** $ 2.174.650

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 2.588.760	1000	2022-05-01	2022-05-31
2	$ 77.663	1570	2022-05-18	2022-05-31
3	$ 879.315	1705	2022-06-01	2022-06-15
4	$ 3.923.825	1905	2022-06-16	2022-08-15
5	$ 495.720	2586	2022-08-16	2022-08-21
6	$ 1.040.050	2643	2022-08-22	2022-09-05
7	$ 2.363.750	2859	2022-09-06	2022-10-05
8	$ 1.975.537	3204	2022-10-06	2022-11-05
9	$ 2.552.850	3610	2022-11-06	2022-12-05
10	$ 822.578	3851	2022-12-06	2022-12-20
11	$ 2.496.120	4070	2022-12-21	2023-01-20
12				

N° CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO PLANILLA
1	FEBRERO	$ 2.478.600	$ 309.360	8356303811	7/02/2022
2	MARZO	$ 2.478.600	$ 309.400	8357004134	7/03/2022
3	ABRIL	$ 2.478.600	$ 309.400	8357976881	5/04/2022
4	MAYO	$ 2.013.915	$ 309.400	8358459304	5/05/2022
5	JUNIO	$ 1.815.360	$ 309.360	8358459304	7/06/2022
6	JULIO	$ 1.872.090	$ 309.360	58966317	17/07/2022
7	AGOSTO	$ 1.815.360	$ 309.400	8360574233	8/08/2022
8	SEPTIEMBRE	$ 2.448.845	$ 309.400	8361351630	9/09/2022
9	OCTUBRE	$ 2.325.930	$ 309.400	8362104727	11/10/2022
10	NOVIEMBRE	$ 1.872.090	$ 309.400	62819525	8/11/2022
11	DICIEMBRE	$ 2.042.280	$ 309.400	8363550062	19/12/2022
12	ENERO 2023	$ 2.174.650	$ 309.400	8364481508	4/01/2023

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 6.609.600	$ 25.825.768	$ 25.816.320	$ 9.448

2. INFORME DE ACTIVIDADES REALIZADAS Y AVANCE EN CUMPLIMIENTO DEL OBJETO DEL CONTRATO

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIO TECNICO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA II PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2023-01-01 **Hasta:** 2023-01-20

	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 DESINFECCIONDEL 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	NO SE REQUIRIO	NO SE REQUIRIO
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)
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.

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 CONTRATACIÓN
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 03
FECHA: 2021-12-27

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	SE DESARROLLARÁN LAS ACTIVIDADES EN CUALQUIERA DE LAS UNIDADES CORRESPONDIENTES A LA SUBRED CENTRO ORIENTE DE ACUERDO A LA ASIGNACIÓN REALIZADA POR EL SUPERVISOR.	SE DESARROLLARON LAS ACTIVIDADES EN CUALQUIERA DE LAS UNIDADES CORRESPONDIENTES A LA SUBRED CENTRO ORIENTE DE ACUERDO A LA ASIGNACIÓN REALIZADA POR EL SUPERVISOR.	FORMATO DE TURNOS

Observaciones:

230 HORAS REALIZADAS EN EL MES DE ENERO

Nota: Es deber contractual anexar la certificación del pago a Salud, pensión y ARL. En caso de tener contrato nuevo adjuntar el soporte de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud como cotizante y afiliación a pensión., Teniendo en cuenta que con la implementación del Decreto 1273 de 2018 el pago de aportes se hace de manera vencida de acuerdo con las fechas establecidas en el Decreto 1990 de 2016.

Mirna Rivas C.

Firma del Contratista

C.C. 35.601.736 de QUIBDO

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 1	
NOMBRE:	IVAN DARIO OCHOA PELAEZ
CARGO:	DIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05
FIRMA	

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 2	
NOMBRE:	XENIA ASTRID LOZANO RODRIGUEZ
CARGO:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO ÁREA SALUD CODIGO 237 GRADO 15
FIRMA	Xenia Astrid Lozano R

CUENTA DE COBRO No. 01 - 2023

FECHA: 31/01/2023

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

Nit. 900.959.051-7

DEBE A:

MIRNA RIVAS CABRERA
C.C. 35601736 de QUIBDO

LA SUMA DE:

DOS MILLONES CIENTO SETENTA Y CUATRO MIL SEISCIENTOS CINCUENTA PESOS M/CTE ($2.174.650)

Por concepto de:

- Honorarios Prestación de servicios en cumplimiento del contrato No PS 2429 2022, con afiliación a ARL RIESGO 3, correspondiente al periodo desde el 01 AL 20 DE ENERO DE 2023.

OBJETO: PRESTAR SERVICIO TECNICO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA II PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Cordialmente,

Mirna Rivas Cabrera

MIRNA RIVAS CABRERA
C.C. 35601736
Teléfono: 3133692821 Dirección: CLL 41 BIS # 2-45
No Cuenta: 550488416773312 CUENTA DE AHORROS DAVIVIENDA

2

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:	lanegra35601@gmail.com
Ciudad:	BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla:	8364481508

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	MIRNA RIVAS CABRERA	Número de Empleados	1
Tipo y número de identificación	CC35601736	Periodo de Cotización Salud	diciembre de 2022
Número de planilla	8364481508	Periodo de Cotización Pensión	diciembre de 2022
Fecha pago	2023-01-04	Número de Administradoras	3
Número de autorización pago	25479158	Total Pagado	309400
Banco	1023	Total Intereses de Mora	0

PAGADA

8364481508

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	24400	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	160000	1
EPS017	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	125000	1

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	APORTE CAJAS
EPS017	25-14	1000000	1000000	1000000	0	125000	0	160000	0	24400	0

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información