

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: **PS 2442 2022** C.D.P. No.: **105** Proceso que pertenece: **MISSIONAL**
Servicio al que pertenece: **DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS**
Unidad a la que pertenece: **UMHES SANTA CLARA**

Nombre del Contratista: **DARLY CAMILA AYA ROMERO** C.C. **1.030.684.156** de: **BOGOTÁ D.C.**

Fecha Inicio: **2022-02-01** Fecha Terminación inicial: **2022-04-30** Valor Mensual: **\$ 2.269.296** Valor a cobrar: **\$ 1.503.345**

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	\$ 1.578.960	1000	2022-05-01	2022-05-31
2	\$ 47.369	1570	2022-05-18	2022-05-31
3	\$ 850.950	1705	2022-06-01	2022-06-15
4	\$ 3.914.370	1905	2022-06-16	2022-08-15
5	\$ 468.180	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	\$ 1.258.061	3204	2022-10-06	2022-11-05
9	\$ 1.891.000	3610	2022-11-06	2022-12-05
10	\$ 520.025	3851	2022-12-06	2022-12-20
11	\$ 1.872.090	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	8356122289	8/02/2022
2	MARZO	\$ 2.019.600	\$ 309.400	8356977821	2/03/2022
3	ABRIL	\$ 1.927.800	\$ 309.400	8357678875	1/04/2022
4	MAYO	\$ 1.796.450	\$ 309.000	8358359436	10/05/2022
5	JUNIO	\$ 1.701.900	\$ 309.360	8358359436	14/06/2022
6	JULIO	\$ 1.843.725	\$ 309.360	8359763955	11/07/2022
7	AGOSTO	\$ 1.995.005	\$ 309.400	8360476280	9/08/2022
8	SEPTIEMBRE	\$ 1.815.360	\$ 309.400	8361259657	8/09/2022
9	OCTUBRE	\$ 1.758.630	\$ 315.400	8362015142	11/10/2022
10	NOVIEMBRE	\$ 1.645.170	\$ 309.400	8362728514	9/11/2022
11	DICIEMBRE	\$ 1.928.820	\$ 309.400	63470497	13/12/2022
12	ENERO 2023	\$ 1.503.345	\$ 315.400	8364273406	6/01/2023

Resumen de
contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 6.609.600	\$ 22.414.405	\$ 22.414.405	\$ 0

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 DESARROLLADAS EN EL PERÍODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	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 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 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 (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 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. (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)	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 INTERNACIONA DE LACTANCIA MATERNA. (CAPACITACION)	APOYÓ 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 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 (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 A EQUIPOS, MATERIALES E INSUMOS EN CUANTO AL AREA DE TRABAJO. (INFORMACION VERBAL 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.

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:

DARLY CAMILA AYA ROMERO
C.C. 1030684156 de BOGOTÁ D.C.

LA SUMA DE:

**UN MILLON QUINIENTOS TRES MIL TRESCIENTOS CUARENTA Y CINCO
PESOS M/CTE (\$1.503.345)**

Por concepto de:

- Honorarios Prestación de servicios en cumplimiento del contrato No PS 2442 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,



DARLY CAMILA AYA ROMERO
C.C. 1030684156

Teléfono: 3102550501 Dirección: KR 80J 53A 30 SUR

No Cuenta: 488421038255 CUENTA DE AHORROS DAVIVIENDA

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

Señor(a): DARLY CAMILA AYA ROMERO
No. Identificación: CC1030684156
Dirección: CRA 80J #53A-30 SUR
Telefono: 3102550501
Correo: c.ami1059@hotmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8364273406

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	DARLY CAMILA AYA ROMERO	Número de Empleados	1
Tipo y número de identificación	CC1030684156	Periodo de Cotización Salud	diciembre de 2022
Número de planilla	8364273406	Periodo de Cotización Pensión	diciembre de 2022
Fecha pago	2023-01-06	Número de Administradoras	4
Número de autorización pago	63682135	Total Pagado	315400
Banco	1023	Total Intereses de Mora	0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cla. de Seguros Bolívar S.A.	24400	1
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	160000	1
CCF24	Compensar Caja de Compensación Filar	6000	1
EPS037	Nueva Promotora de Salud - Nueva EPS	125000	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1030684156
APELLIDOS Y NOMBRES: DARLY CAMILA AYA ROMERO

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
EPS037	230201	1000000	1000000	1000000	1000000	125000	0	160000	0	24400	0

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 PROGRAMACIÓN 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:

159 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.

Camila Aya R.

Firma del Contratista

C.C. 1.030.684.156 de BOGOTÁ D.C.

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	