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: 01
FECHA: 2017-07-07

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 1506 2019	C.D.P. No.:	163	Proceso al que pertenece:	NUTRICIÓN (LACTARIO)
				Unidad a la que pertenece:	SANTA CLARA
Nombre del Contratista:	CORSO GOMEZ GRACIELA			C.C.	23 350 805 de: BOGOTA
Fecha Inicio:	1 DE FEBRERO DE 2019	Fecha Terminación Inicial:	31 DE JULIO DE 2019	Valor Mensual:	$ 1 422 960 Valor a cobrar: $ 1 677 888

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 728 420			
2	$ 3 146 165	1754	2019-08-01	2019-09-30
3	$ 1 844 271	2305	2019-09-01	2019-10-30

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	FEBRERO	$ 1 422 960	$ 272 900	32739663
2	MARZO	$ 2 075 150	$ 272 900	33375538
3	ABRIL	$ 1 600 830	$ 256 300	34117124
4	MAYO	$ 1 524 600	$ 256 300	44836600
5	JUNIO	$ 1 524 600	$ 272 900	35353075
6	JULIO	$ 1 422 960	$ 256 700	35914576
7	AGOSTO	$ 1 677 888	$ 272 900	36503090
8	SEPTIEMBRE	$ 1 524 600	$ 274 700	37220237
9	OCTUBRE	$ 1 677 888	$ 272 900	37777775

Resumen de contrato	VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
	$ 8.842.680	$ 14.561.536	$ 14.451.476	$ 110.060

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO DE MANERA PERSONAL Y AUTONOMA, EN SU CONDICION DE TECNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERÍA, PARA LA EJECUCION DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LOS PROCESOS DE LACTARIO, CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Relación de actividades para el periodo: Desde: 2019-10-01 Hasta: 2019-10-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	Cumplir con la organización, limpieza desinfección del área, así como de los elementos necesarios para la ejecución de las actividades.	Cumple con la organización, limpieza desinfección del área, así como de los elementos necesarios para la ejecución de las actividades.
2	Cumplir con la normatividad vigente en cuanto al desempeño y permanencia en el área de trabajo asignada	Cumple con la normatividad vigente en cuanto al desempeño y permanencia en el área de trabajo asignada.
3	Garantizar inocuidad en la manipulación, preparación de las formulas lacteas y enterales de acuerdo a du dosificación, prescripción dietaria distribución, conservando calidad microbiológica y nutricional	Cumple con garantizar inocuidad en la manipulación, preparación de las formulas lacteas y enterales de acuerdo a du dosificación, prescripción dietaria distribución, conservando calidad microbiológica y nutricional.
4	Asegurar la correcta conservación y administración de leche materna a los servicios de Neonatología	Cumple con asegurar la correcta conservación y administración de leche materna a los servicios de Neonatología.
5	Registrar adecuadamente los procesos realizados en el área	Cumple con registrar adecuadamente los procesos realizados en el área.
6	Apoyar el cumplimiento al codigo de Lactancia Materna.	Cumple con apoyar el cumplimiento al código de Lactancia Materna.
7	para la preparación y administración de formulas lácteas y enterales	Cumple con la adecuada limpieza, desinfección y esterilización del material necesario para la preparación y administración de formulas lacteas y enterales
8	Asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por la supervisión.	Cumple con realizar actividades de educación a usuarios, familiares conforme a lo requerido en la subred.
9	Informar a la supervisión acerca de cualquier novedad en cuanto a equipos, materiales o insumos en el área de trabajo	Cumple con informar a la supervisión acerca de cualquier novedad en cuanto a equipos, materiales o insumos en el área de trabajo.
10	Acatar y cumplir con las actividades asignadas por la supervisión inherente al cargo.	Cumple con acatar y cumplir con las actividades asignadas por la supervisión inherente al cargo.

Observaciones: REALIZA 192 HORAS EN OCTUBRE

Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL.

Firma del Contratista

C.C. 23 350 805 de BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS

NOMBRE:	XENIA ASTRID LOZANO RODRIGUEZ
CARGO:	NUTRICIONISTA
FIRMA:	Xenia Astrid Lozano R

Scanned by CamScanner

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	23350805	Graciela Corso Gomez	CALLE 10 A SUR 14 A 23	3123026015	GCORSOGOMEZ@YAHOO.ES	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ. D. C.	BOGOTÁ. D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA							
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	VPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2019-09	2019-09	I	01/10/2019	37777775	$272.900	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	103.600	0		0		0	0	0	0	103.600	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	132.500	0	0	0	0	0	0		132.500	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	20.200				20.200	0	0	20.200			202	20.200	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	16.600	0	0	16.600	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de ICE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	103.600	103.600
Pensión	1	132.500	132.500
Riesgos Laborales	1	20.200	20.200
CCF	1	16.600	16.600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	272.900	272.900

PAGADA
37777775

192 Hr.

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

192 hr

Scanned by CamScanner