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 1550 2019 **C.D.P. No.:** 163 **Proceso al que pertenece:** ALTA COMPLEJIDAD ASISTENCIAL
**Unidad a la que pertenece:** UNIDAD LA VICTORIA

**Nombre del Contratista:** JENNIFER ALEXANDRA GOMEZ FERNADEZ **C.C.** 1.023.882.242 **de:** Bogotá

**Fecha inicio:** 1 DE FEBRERO DE 2019 **Fecha Terminación incial:** 31 DE JULIO DE 2019 **Valor Mensual:** $ 1.573.020 **Valor a cobrar:** $ 1.573.020

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | $ 101.640 | | | |
| 2 | $ 3.093.728 | 1754 | 2019-08-01 | 2019-09-30 |
| 3 | $ 2.141.602 | | 2019-10-01 | 2019-11-30 |
| 4 | $ 1.363.284 | 2778 | 2019-11-30 | 2019-12-31 |
| 5 | $ 1.677.888 | | | |
| 6 | $ 1.677.888 | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |

| Nº CTA | MES DE CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR | VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL | NÚMERO DE PLANILLA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | FEBRERO | $ 1.422.960 | $ 256.300 | 32296169 |
| 2 | MARZO | $ 1.473.780 | $ 256.300 | 3202183476 |
| 3 | ABRIL | $ 1.524.600 | $ 256.800 | 8333866115 |
| 4 | MAYO | $ 1.575.420 | $ 257.200 | 8334479028 |
| 5 | JUNIO | $ 1.626.240 | $ 256.300 | 8335135474 |
| 6 | JULIO | $ 1.575.420 | $ 256.300 | 8335720814 |
| 7 | AGOSTO | $ 1.573.020 | $ 256.300 | 8336371151 |
| 8 | SEPTIEMBRE | $ 1.520.586 | $ 256.800 | 8337011647 |
| 9 | OCTUBRE | $ 1.625.454 | $ 256.300 | 8337646896 |
| 10 | NOVIEMBRE | $ 1.625.454 | $ 256.300 | 8338312056 |
| 11 | DICIEMBRE | $ 1.573.020 | $ 256.300 | 8338937094 |
| 12 | ENERO 2020 | $ 1.625.454 | $ 256.300 | 8339609330 |

**Resumen de contrato**

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 8.842.680 | $ 18.898.710 | $ 18.741.408 | $ 157.302 |

## 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 AUTÓNOMA, EN SU CONDICIÓN DE TÉCNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERÍA, PARA LA EJECUCIÓN 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:** 2020-01-02 **Hasta:** 2020-01-31

| | 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 y desinfección del área, así como de los elementos necesarios para la ejecución de las actividades. | Cumplió con la organización, limpieza y 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. | Cumplió 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 fórmulas lácteas y enterales de acuerdo a su dosificación, prescripción dietaria y distribución, conservando calidad microbiológica y nutricional. | 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. |
| 4 | Asegurar la correcta conservación y administración de leche materna a los servicios de Neonatología. | Aseguró la correcta conservación y administración de leche materna a los servicios de Neonatología. |
| 5 | Registrar adecuadamente los procesos realizados en el área. | Registró adecuadamente los procesos realizados en el área. |
| 6 | Apoyar el cumplimiento al Código Internacional de Lactancia Materna. | Apoyó el cumplimiento al Código Internacional de Lactancia Materna. |
| 7 | Cumplir con la adecuada limpieza, desinfección y esterilización del material necesario para la preparación y administración de fórmulas lácteas y enterales. | Cumplió con la adecuada limpieza, desinfección y esterilización del material necesario para la preparación y administración de fórmulas lácteas y enterales. |
| 8 | Asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por la Supervisión. | Asistió a las reuniones y capacitaciones programadas por la Supervisión. |
| 9 | Informar a la Supervisión acerca de cualquier novedad en cuanto a equipos, materiales o insumos en el área de trabajo. | Informó a la Supervisora acerca de cualquier novedad en cuanto a equipos, materiales o insumos en el área de trabajo. |
| 10 | Acatar y cumplir con las demás actividades asignadas por la supervision inherentes al cargo. | Acató y cumplió con las demás actividades asignadas por la supervision inherentes al cargo. |

**Observaciones:**
**REALIZA 186 HORAS EN ENERO 2020.**

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

Alexandra Gomez

**Firma del Contratista**

**C.C.** 1.023.882.242 **de** Bogotá

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS | |
|---|---|
| **NOMBRE:** | **XENIA ASTRID LOZANO RODRIGUEZ** |
| **CARGO:** | **NUTRICIONISTA** |
| **FIRMA** | Xenia Astrid Lozano R |

**Señor(es):** YENIFER ALEXANDRA GOMEZ FERNANDEZ
**Nit:** CC 1023882242
**Dirección:** diag 38 d sur N 1 este 05
**Teléfono:** 3202183476 **Fax:**
**Ciudad:** BOGOTA, D.C.

Respetado(s) señor(es)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:

compensar | miplanilla.com

| | |
|---|---|
| Nombre | YENIFER ALEXANDRA GOM |
| Tipo y número de identificación | 1023882242 |
| Número de radicación planilla | 8339609330 |
| Fecha de pago | 1/14/2020 |
| Número de autorización de pago | 1000000348 |
| Banco | 1001 |
| Valor Comisión | $0 |

| | |
|---|---|
| Número de empleados | 1 |
| Período cotización salud | Diciembre 2019 |
| Período cotización pensión | Diciembre 2019 |
| Período cotización caja | Diciembre 2019 |
| Número de administradoras | 3 |
| Total Pagado | $256.600 |
| Total interes mora | $300 |

| CODIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE | TOTAL PAGADO | NUMERO DE AFILIADOS |
|---|---|---|---|
| 14-11 | ARL SURA | $20.300 | 1 |
| 25-14 | Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones | $132.600 | 1 |
| EPS008 | Compensar EPS | $103.700 | 1 |

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

156 hr OK