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: 2020-05-04

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS-3280-2020	C.D.P. No.:	9	Proceso al que pertenece:	ALTA COMPLEJIDAD ASISTENCIAL
				Unidad a la que pertenece:	UNIDAD LA VICTORIA
Nombre del Contratista:	YENNIFER ALEXANDRA GOMEZ FERNADEZ			C.C.	1.023.882.242 de Bogotá
Fecha Inicio:	2020-02-01	Fecha Terminación Inicial:	2020-07-31	Valor Mensual:	$ 1.728.384
Valor a cobrar:	$ 1.728.384				

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

N° CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	MAYO	$ 1.620.360	$ 157.900	8342346971
2	JUNIO	$ 1.728.384	$ 158.000	8342908153
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 10.532.340	$ 10.532.340	$ 8.101.800	$ 2.430.540

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 (LACTARIO) PARA LA DIRECCION DE COMPLEMENTARIOS CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2020-06-01 **Hasta:** 2020-06-30

	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 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.	FORMATO DE REGISTRO (CODIGO MI-TV-FT052 VERSION 1)
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.	FORMATO DISTRIBUCIÓN DE FORMULAS LACTEAS (CODIGO MI-DT-FT-311)
3	Garantizar inocuidad en la manipulación, preparación de las fórmulas lacteas 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.	LISTA DE CHEQUEO. (CODIGO MI-TV-FT015 VERSION 01).
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.	REGISTRO LIBRO RADICADOR
5	Registrar adecuadamente los procesos realizados en el área.	Registró adecuadamente los procesos realizados en el área.	FORMATOS DE CONTROL DE TEMPERATURA Y HUMEDAD (CODIGO MI-VT-FT090 VERSION 02) FORMATO
6	Apoyar el cumplimiento al Código Internacional de Lactancia Materna.	Apoyó el cumplimiento al Código Internacional de Lactancia Materna.	CAPACITACION (ACTA DE REUNION) 6 DE MAYO 2020
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.	FORMATO ENTREGA Y RECIBO DEL LACTARIO (CODIGO MI-DT-FT-319 VERSION 01). ESTERILIZACION.
8	Asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por la Supervisión.	Asistió a las reuniones y capacitaciones programadas por la Supervisión.	ACTA DE REUNION MAYO 2020.
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	INFORMACION VERBAL Y/O REGISTRO LIBRO RADICADOR DE ENTREGA DE TURNO.
10	Ejercer las actividades propias de su oficio de conformidad con las normas y/o reglamentos de acuerdo al objeto contractual y las necesidades del servicio	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 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	Cumplió con la programación de agenda o cronograma en el desarrollo de sus actividades. Contenidas en el formato de necesidad de personal que haĉe parte integral del presente contrato	FORMATO CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Observaciones:
SE PAGAN 192 HORAS EN JUNIO 2020.

Se anexa certificacion de pago a Salud, pensión y ARL
En caso de tener contrato nuevo se debe anexar tambien la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro

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

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

Señor(a): YENIFER ALEXANDRA GOMEZ FERNANDEZ
No. Identificación: CC1023882242
Dirección: DIAG 38 D SUR N 1 ESTE 05
Telefono: 3202183476
Correo: alexangomez101614@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8342908159

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	YENIFER ALEXANDRA GOMEZ FERNANDEZ
Tipo y número de identificación	CC1023882242
Número de planilla	8342908159
Fecha pago	2020-06-11
Número de autorización pago	1000000190
Banco	1001

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	mayo de 2020
Periodo de Cotización Pensión	mayo de 2020
Número de Administradoras	3
Total Pagado	158000
Total Intereses de Mora	400

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	21500	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	26500	1
EPS008	Compensar EPS	110000	1

8342908159

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1023882242
APELLIDOS Y NOMBRES: YENIFER ALEXANDRA GOMEZ FERNANDEZ

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
EPS008	25-14	877803	877803	877803	0	109800	0	26400	0	21400	0

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