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-3250 -2020	C.D.P. No.:	9	Proceso al que pertenece:	ALTA COMPLEJIDAD ASISTENCIAL
				Unidad a la que pertenece:	UNIDAD LA VICTORIA

Nombre del Contratista:	MIRNA RIVAS CABRERA	C.C.	35.601.736	de:	Quibdo - Choco
Fecha Inicio:	2020-02-01	Fecha Terminación inicial:	2020-07-31	Valor Mensual:	$ 2.214.492
				Valor a cobrar:	$ 2.214.492

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 1.512.336	1958	2020-07-31	2020-08-31
2	$ 3.762.836	2692	2020-08-31	2020-09-30
3	$ 2.916.648	3127	2020-09-30	2020-10-31
4	$ 432.096	3419	2020-10-31	2020-11-26
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	MAYO	$ 1.566.348	$ 157.600	8342437707
2	JUNIO	$ 1.620.360	$ 157.600	8342916931
3	JULIO	$ 1.674.372	$ 271.700	8343681773
4	AGOSTO	$ 2.268.504	$ 271.700	8344338447
5	SEPTIEMBRE	$ 2.160.480	$ 271.700	8344972273
6	OCTUBRE	$ 2.214.492	$ 271.700	8345602963
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	$ 19.156.256	$ 16.473.660	$ 2.682.596

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 (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: 2020-10-01 Hasta: 2020-10-31

	OBLIGACIONES ESPECIFICAS (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 DISTRIBUCION DE FORMULAS LACTEAS (CODIGO MI-DT-FT-311)
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.	LISTA DE CHEQUEO (CODIGO MI-TV-FT015 VERSION 01).
4	Asegurar la correcta conservación y administración de leche materna a los servicios de Neonatología.	Asegurò 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.	Registrò 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.	Apoyò 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.	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.
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 hace parte integral del presente contrato	FORMATO CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Observaciones:
SE PAGAN 246 HORAS EN OCTUBRE 2020.

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

Mirna. Rivas C.
Firma del Contratista

C.C. 35.601.736 de Quibdo - Choco

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): MIRNA RIVAS CABRERA
No. Identificación: CC35601736
Dirección: CALLE 41 BIS SUR N 2-45 ESTE
Telefono: 3632791
Correo: mirnarivascabrera@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8345602963

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**	septiembre de 2020
Número de planilla	8345602963	**Periodo de Cotización Pensión**	septiembre de 2020
Fecha pago	2020-10-08	**Número de Administradoras**	3
Número de autorización pago	1000000153	**Total Pagado**	271700
Banco	1001	**Total Intereses de Mora**	0

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	21400	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	140500	1
EPS017	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	109800	1

8345602963

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	877803	877803	877803	0	109800	0	140500	0	21400	0

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