

I. 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 - Chocó				
Fecha Inicio:	2020-02-01	Fecha Terminación inicial:	2020-07-31	Valor Mensual:	\$ 2.430.540
Valor a cobrar:	\$ 2.430.540				

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	\$ 1.512.336	1958	2020-07-31	2020-08-31
2	\$ 5.762.836	2692	2020-08-31	2020-09-30
3	\$ 2.916.048	3127	2020-09-30	2020-10-31
4	\$ 432.096	3419	2020-10-31	2020-11-26
5	\$ 4.428.984	3834	2020-11-26	2021-01-31
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	NOVIEMBRE	\$ 2.430.540	\$ 271.700	8346261339
8				
9				
10				
11				
12				

Resumen de contrato	VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
	\$ 18.532.340	\$ 23.585.240	\$ 18.904.200	\$ 4.681.040

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 DIRECCIÓN 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: 2020-11-01 Hasta: 2020-11-30

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)		DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO	
		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO 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 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.	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. Contendidas 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. Contendidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.	FORMATO CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Observaciones:
SE PAGAN 270 HORAS EN NOVIEMBRE 2020.

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

Mirna Rivas C.
Firma del Contratista

C.C. 35.601.736 de Quibdó - Chocó

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS

NOMBRE:	XENIA ASTRID LOZANO RODRIGUEZ
CARGO:	NUTRICIONISTA
FIRMA	<i>Xenia Astrid Lozano R.</i>

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: 8346261339

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	octubre de 2020
Número de planilla	8346261339	Periodo de Cotización Pensión	octubre de 2020
Fecha pago	2020-11-10	Número de Administradoras	3
Número de autorización pago	1000000067	Total Pagado	271700
Banco	1001	Total Intereses de Mora	0

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

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