Secretaria 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 4111 2021 | C.D.P. No.: 1737 | Proceso al que pertenece: APOYO DIAGNOSITO Y REHABILITACION | Unidad a la que pertenece: UMHES SAN BLAS

Nombre del Contratista: KAREN JINETH LAGUNA APONTE | C.C. 1.019.127.316 de: BOGOTA

Fecha Inicio: 2021-06-01 | Fecha Terminacion Inicial: 2021-06-30 | Valor Mensual: $ 3.128.000 | Valor a cobrar: $ 3.128.000

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$2.611.200,00	822	15/03/21	2021-04-30
2	$ 4.896.000	1219	2021-04-23	2021-06-15
3	$ 6.392.000	1737	2021-06-15	2021-08-15
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	MARZO	$ 3.264.000		
2	ABRIL	$ 3.128.000	$ 426.000	49664647
3	MAYO	$ 3.230.000	$ 408.800	50355242
4	JUNIO	$ 3.128.000	$ 425.700	51086006/51320672
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 3.916.800	$ 17.816.000	$ 12.750.000	$ 5.066.000

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES DE MANERA PERSONAL Y AUTONOMA, EN SU CONDICIÓN DE TERAPEUTA FISICA, PARA LA EJECUCION DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES Y DEMAS ASIGNADAS EN LOS DIFERENTES SERVICIOS Y EN LAS UNIDADES QUE SE REQUIERA. CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Relación de actividades para el periodo: Desde: 2021-06-01 Hasta: 2021-06-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Realizar las actividades diagnósticas y terapéuticas para el manejo de patologías estableciidos dentro del plan integral de cada paciente conforme a las guías vigentes	Realizó las actividades diagnósticas y terapéuticas para el manejo de patologías estableciidos dentro del plan integral de cada paciente conforme a las guías vigentes.	RESPUESTA A INTERCONSULTA
2	Realizar evaluaciones e intervención a usuarios con alteraciones en el desarrollo motor	Realizó evaluaciones e intervención a usuarios con alteraciones en el desarrollo motor	RESPUESTA A INTERCONSULTA Y NOTAS DE EVOLUCION (EVOTE)
3	Realizar consejería sobre estimulación adecuada para el neurodesarrollo del niño y/o adulto que lo requiera	Realiz consejería sobre estimulación adecuada para el neurodesarrollo del niño y/o adulto que lo requiera	NOTAS DE EVOLUCIÓN (EVOTE) Y O NOTAS DE TURNO
4	Dar pautas de manejo a las madres y/o familiares de los pacientes valorados.	Dió pautas de manejo a las madres y/o familiares de los pacientes valorados.	NOTAS DE EVOLUCION (EVOTE)
5	Ejecución del plan individual de habilitación / rehabilitación, en relación a las actividades individuales y/o grupales definidas para el usuario ambulatorio u hospitalizado y de acuerdo a las caracteristicas del servicio	Realizó la ejecución del plan individual de habilitación / rehabilitación, en relación a las actividades individuales y/o grupales definidas para el usuario ambulatorio u hospitalizado y de acuerdo a las caracteristicas del servicio	NOTAS DE EVOLUCION (EVOTE) Y RESPUESTA A INTERCONSULTA
6	Realizar las valoraciones de los pacientes con interconsulta de los diferentes servicios.	Realizó las valoraciones de los pacientes con interconsulta de los diferentes servicios	RESPUESTA A INTERCONSULTA
7	Realizar tratamiento y seguimiento a los pacientes valorados.	Realizó tratamiento y seguimiento a los pacientes valorados	NOTAS DE EVOLUCIÓN (EVOTE)
8	Velar porque la atención sea humana, eficaz, cálida con todos y cada uno de los usuarios que requieran el servicio.	Velá porque la atención sea humana, eficaz, cálida con todos y cada uno de los usuarios que requieran el servicio.	NOTAS DE EVOLUCIÓN (EVOTE)
9	Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes	Cumplió con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes	RESPUESTA A INTERCONSULTA Y NOTAS DE EVOLUCION (EVOTE)
10	Realizar organización de talleres y actividades por día de conformidad a sus actividades y la necesidad por parte de la subred	Realizó organización de talleres y actividades por día de conformidad a sus actividades y la necesidad por parte de la subred	NOTAS DE EVOLUCIÓN (EVOTE)
11	Direccionar y/o asignar plan casero o actividades para realizar en casa a los pacientes que lo requieran	Direccionó y/o asignó plan casero o actividades para realizar en casa a los pacientes que lo requieran	NOTAS DE EVOLUCIÓN (EVOTE)
12	Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.	No se presentaron eventos de notificacion obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente	NO APLICA
13	Notificar los sucesos de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora	Notificó los sucesos de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejor	PLANILLAS DE ASISTENCIA A CAPACITACIONES DE AREAS PERTINENTES
14	Velar por el seguimiento de las normas de bioseguridad, salud ocupacional y gestión ambiental	Velo por el seguimiento de las normas de bioseguridad, Salud Ocupacional y Gestion Ambiental	NOTAS DE EVOLUCION (EVOTE)
15	Informar al usuario, su familia o cuidador las actividades que debe seguir, al inicio de su proceso de habilitacion rehabilitacion posterior a la ejecucion del plan de intervencion o su egreso	Informó al usuario, su familia o cuidador las actividades que debe seguir, al inicio de su proceso de habilitación/rehabilitación posterior a la ejecución del plan de intervención	RESPUESTA A INTERCONSULTA Y NOTAS DE EVOLUCION (EVOTE)
16	Cumplir con todas las medidas de asepsia y antisepsia para el manejo de los dispositivos medicos y comportamiento dentro de las diferentes areas del servicio	Cumplió con todas las medidas de asepsia y antisepsia para el manejo de los dispositivos medicos y comportamiento dentro de las diferentes areas	NOTAS DE EVOLUCION (EVOTE)
17	Ejercer las actividades propias de la profesion de conformidad con las normas y/o reglamentos de acuerdo al objeto contractual y las necesidades del servicio	Ejercio las actividades propias de la profesion de conformidad con las normas y/o reglamentos de acuerdo al objeto contractual y las necesidades del s	RESPUESTA A INTERCONSULTA Y NOTAS DE EVOLUCION (EVOTE), NOTA DE TURNO

Escaneado con CamScanner

18	Portar el carnet institucional de la SUBRED durante la ejecución de las actividades contractuales	Portó el carnet institucional de la SUBRED durante la ejecución de las actividades contractuales	PARA INGRESO Y EGRESO DE LA INSTITUCION, ASI COMO MEDIO DE INDENTIFICACION DURANTE LA JORNADA LABORAL
19	Acreditar el cumplimiento del pago de los aportes al sistema de seguridad social y parafiscal durante la vigencia del contrato, requisito indispensable par	Acreditó el cumplimiento del pago de los aportes al sistema de seguridad social y parafiscal durante la vigencia del contrato, requisito indispensab	ENTREGA DE CUENTA DE COBRO CON SOPORTE DE PLANILLA Y SECOP
20	Llevar registro de la atencion de las actividades e intervenciones, asi como mantener actualizados los informes estadisticos definidos por la normatividad vigente y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación	Llevó registro de la atención de las actividades e intervenciones, asi como mantener actualizados los informes estadisticos definidos por la normatividad vigente y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturacion	FORMATOS DE COBRO ENVIADOS A CORREO DE FACTURACION Y SUPERVISOR DE CONTRATO

Observaciones:
184

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

Karen Laguna A.
Firma del Contratista

C.C. 1 019 127 316 de BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	CLAUDIA SILENIA NIÑO REY
CARGO:	DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05
FIRMA	

Escaneado con CamScanner

Cuenta de cobro 004 - 2021

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Nit. 900.959.051-7

DEBE A:

KAREN JINETH LAGUNA APONTE
C.C. 1.019.127.316 de Ciudad Bogotá

LA SUMA DE:

Tres millones ciento veintiocho mil pesos (3.128.000)

Por concepto de:

- Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No PS 4111 de 2021 correspondiente al mes de Junio de 2021

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS DE ACUERDO A SU PERFIL ACADÉMICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES (DE SU PROFESIÓN), CON DISPONIBILIDAD EN CUMPLIMIENTO DE LA MISIÓN Y LA VISIÓN DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Cordialmente,

Karen. Laguna A.

KAREN JINETH LAGUNA APONTE
C.C. 1.019.127.316
Teléfono 3046023886 Dirección Calle 23 A BIS 85 A- 94
No Cuenta 0391302874 ahorros Banco BBVA

Fecha: 16/Junio/2021

Escaneado con 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	1019127316	KAREN JINETH LAGUNA APONTE		calle 23a bis #85a-94	3046023886	krenlaguna@gmail.com	
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: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2021-05	2021-05	I		51086006	$422.200

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	160.200	0		0		0	0	0	0	160.200	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
230301	Porvenir	800224808-8	205.000	0	0	0	0	0	0		205.000	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	31.300				31.300	0	0	31.300			313	31.300	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	25.700	0	0	25.700	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 IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	160.200	160.200
Pensión	1	205.000	205.000
Riesgos Laborales	1	31.300	31.300
CCF	1	25.700	25.700
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	422.200	422.200

Escaneado con 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	1019127316	KAREN JINETH LAGUNA APONTE		calle 23a bis #85a-94	3046723886	krenlaguna@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**		
UNICA	1 – 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	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	**PERIODO PENSIONES**				**TOTAL A PAGAR**	
2021-06	2021-06	1		61088008	$422.200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Extranjero	Colombiano en el Exterior	Cotizante Exterior	Residente	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC-LR	AVP	VCT	IRP		Cód. AFP	Wlr. AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	Wlr. EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	Wlr. ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	Wlr. CCF	Aporte CCF	Wlr. otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1019127316	LAGUNA APONTE KAREN JINETH	Ne	0		N							X											23	230.904	1.280.904	295.000	0	0	0	0	EPS024	1.280.904	150.000	14-11	1.280.904	II	61.000	CCF23	1.280.904	76.000	0	0	0	0	0

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

Escaneado con 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	1019127316	KAREN JINETH LAGUNA APONTE	calle 23a bis #85a-94	3046023886	krenlaguna@gmail.com	
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	
51086006	10/06/2021				EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2021-05	2021-05	N		51320672	TOTAL A PAGAR	
					$3.500	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	1.300	0		0		0	0	0	0	1.300	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
230301	Porvenir	800224808-8	1.800	0	0	0	0	0	0		1.800	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	200				200	0	0	200			2	200	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	200	0	0	200	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 IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	1.300	1.300
Pensión	1	1.800	1.800
Riesgos Laborales	1	200	200
CCF	1	200	200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	3.500	3.500

Escaneado con CamScanner

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1019127316	KAREN JINETH LAGUNA APONTE	calle 23a bis #85a-94	3046023886	krenlaguna@gmail.com	
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)	NUMERO PLANILLA	CANTIDAD
51056006	10/06/2021				EMPLEADOS: 1 / APO: 1
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2021-05	2021-05	N		51320872	$1.500

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo	Extranjero no obligado a cotizar pensión	Colombiano en el exterior	A	B	C	D	E	H	K	L	M	N	P	R	S	T	V	X	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte I.C.B.F.	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1019127316	LAGUNA APONTE KAREN JINETH	56	0			N																230301	1.292.000	208.800	0	0	0	0	EPS008	1.292.000	161.500	14-11	1.292.000	II	21.500	CCF 02	1.292.000	65.000	0	0	0	0	0

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

Escaneado con CamScanner