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 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: 2021-03-01	Fecha Terminación Inicial: 2021-09-30	Valor Mensual: $ 3.196.000	Valor a cobrar: $ 3.196.000

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	2021-06-16	2021-08-15
4	$ 1.496.000	2378	2021-08-16	2021-09-15
5	$ 3.128.000	2862	2021-09-16	2021-09-30
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	$ 426.000	49664647
2	ABRIL	$ 3.128.000	$ 408.800	50355242
3	MAYO	$ 3.230.000	$ 425.700	51086006/51320672
4	JUNIO	$ 3.128.000	$ 421.200	51823085
5	JULIO	$ 3.230.000	$ 425.700	1080113499
6	AGOSTO	$ 3.162.000	$ 425.700	53092070
7	SEPTIEMBRE	$ 3.196.000	$ 416.700	
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	$ 22.440.000	$ 22.338.000	$ 102.000

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 EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES Y DEMÁS 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: 2021-09-01 Hasta: 2021-09-30

	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 diagnosticas y terapéuticas para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de cada paciente conforme a las guías vigentes.	Realizó las actividades diagnósticas y terapeuticas para el manejo de patologias establecidos dentro del plan integral de cada paciente conforme a las guias 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 consejeria 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 EVOLUCIÓN (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, calida con todos y cada uno de los usuarios que requieran el servicio	Velo 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 clinica de los pacientes.	RESPUESTA A INTERCONSULTA Y NOTAS DE EVOLUCIÓN (EVOTE)
10	Realizar organización de talleres y actividades por dia de conformidad a sus actividades y la necesidad por parte de la subred	Realizó organización de talleres y actividades por dia 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 notificación 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 EVOLUCIÓN (EVOTE)
15	Informar 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 o su egreso.	Informó 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	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 áreas	NOTAS DE EVOLUCIÓN (EVOTE)
17	Ejercer las actividades propias de la profesión de conformidad con las normas y/o reglamentos de acuerdo al objeto contractual y las necesidades del servicio	Ejerció las actividades propias de la profesión de conformidad con las normas y/o reglamentos de acuerdo al objeto contractual y las necesidades del s	RESPUESTA A INTERCONSULTA Y NOTAS DE EVOLUCIÓN (EVOTE), NOTA DE TURNO
18	Portar el carnet institucional de la SUBRED durante la ejecucion 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 INDENTIFICACIÓN DURANTE LA JORNADA LABORAL

Escaneado con CamScanner

	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 atención de las actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos 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, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la normatividad vigente y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación.	FORMATOS DE COBRO ENVIADOS A CORREO DE FACTURACION Y SUPERVISOR DE CONTRATO

Observaciones:
188 HORAS

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
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	

AC.

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	3046223886	krentaguna@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	1 - Independiente			BOGOTA D.C.	BOGOTA 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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	-
2021-08	2021-08	1	06/09/2021	53052515	TOTAL A PAGAR	
					$416.700	

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	158.100	0		0		0	0	0	0	158.100	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	202.400	0	0	0	0	0	0		202.400	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	30.900				30.900	0	0	30.900			309	30.900	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	25.300	0	0	25.300	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	158.100	158.100
Pensión	1	202.400	202.400
Riesgos Laborales	1	30.900	30.900
CCF	1	25.300	25.300
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	416.700
TOTALES	4	416.700	

Escaneado con CamScanner

PRIVADO por parte de Compensar

compensar miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NUMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1019127316	KAREN JINETH LAGUNA APONTE	calle 23a bis #53a-94	3046023886	[illegible]	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
UNICA	Independiente			BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/ANO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/ANO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					-	-
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2021-08	2021-08		06/09/2021	53092070	$416.700	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	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 de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC	1019127316	LAGUNA APONTE KAREN JINETH	5M	0			N								X									230301	1.264.800	202.400	0	0	0	0	EPS008	1.264.800	158.100	14-11	1.264.800	3	30.900	CCF22	1.264.800	25.300	0	0	0	0	0

PAGADA

Escaneado con CamScanner

Tratado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Cuenta de cobro 007 - 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 MILLÓNES CIENTO NOVENTA Y SEIS MIL PESOS (3.196.000)

Por concepto de:

- *Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No PS 4111 de 2021 correspondiente al mes de septiembre 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 Aponte.

KAREN JINETH LAGUNA APONTE
C.C. 1.019.127.316
Teléfono 3046023886 Dirección Carrera 69 # 12b-21
No Cuenta 0391302874 Ahorros Banco BBVA

Fecha: 30/SEPTIEMBRE/2021

Escaneado con CamScanner