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:	PS62962021	**C.D.P. No.:**	2	**Proceso al que pertenece:**	GESTION HOSPITALARIA
				Unidad a la que pertenece:	UNIDAD DE PRESTACION DE SERVICIOS SANTA CLARA. UNIDAD DE SALUD MENTAL

Nombre del Contratista: STELLA FERNANDEZ PAVA **C.C.** 39,551,512 **de:** GIRARDOT (CUNDINAMARCA)

Fecha Inicio: 2021-05-25 **Fecha Terminación inicial:** 2021-06-15 **Valor Mensual:** $ 1,600,000 **Valor a cobrar:** $ 1,600,000

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 1,600,000	2115	2021-07-16	2021-08-15
2	$ 1,600,000	2440	2021-08-16	2021-09-15
3	$ 1,600,000	2838	2021-09-16	2021-10-15
4	$ 1,600,000	3382	2021-10-16	2021-11-15
5	$ 2,400,000	3713	2021-11-16	2021-12-31
6	$ 800,000	3922	2022-01-01	2022-01-15
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	Junio	$ 1,866,667	$ 113,600	50460969
2	Julio	$ 1,600,000	$ 135,800	51333411
3	Agosto	$ 1,600,000	$ 135,800	52590529
4	Septiembre	$ 1,600,000	$ 135,800	52671698
5	Octubre	$ 1,600,000	$ 135,800	53660182
6	Noviembre	$ 1,600,000	$ 135,800	54400014
7	Diciembre	$ 1,600,000	$ 135,800	55132586
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
$ 2,720,000	$ 12,320,000	$ 11,466,667	$ 853,333

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

OBJETO DEL CONTRATO

Apoyo asistencial en el Area de la Unidad de Salud Mental de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. Unidad prestadora de Servicios de Salud SANTA CLARA.

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2021-12-01 **Hasta:** 2021-12-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUTO O EVIDENCIA
1	Realizar las actividades y participa en el plan de tratamiento de cada paciente determinado dentro del plan de manejo de su disciplina, con un alto nivel tecnico, etico y humano de una manera oportuna y pertinente en correspondencias cn las nececidades de los pacientes, y teniendo en cuenta que todas las deciciones clinicas generadas en la atencion, procuraran el mejoramiento de la salud del paciente, el uso racional del conocimiento medico y de los recursos disponibles.	Se realizaron las actividades de forma oportuna, de acuerdo a las programaciones, procedimientos y objetivos, bajo el seguimiento de terapia ocupacional.	Formato de seguimiento de las actividades realizadas, firmado por Terapia Ocupacional.
2	Brindar una atencion integral buscando los estandares de oportunidad, integridad, suficiencia, continuidad y pertinencia, en un ambiente de atencion personalizada y humanizada, cumpliendo el principio de equidad y con enfasis en actividades, procedimientos, protocolos, intervenciones y guias de atencion, de acuerdo a los estandares de habilitacion y acreditacion.	Se realizan las actividades de forma puntual con trato digno y respetuoso hacia todos los participantes.	Formato de seguimiento de las actividades realizadas, firmado por Terapia Ocupacional.
3	Prestar sus servicios tecnico asistenciales respetndo la autonomia institucional de la SUBRED, su vision, mision, estructura organica, reglmenyos administrativos, tecnicos, cientificos y disciplinarios, acogiendo las directrices institucionales.	Se realizan las actividades respeatndo las normas, protocolos y modelos establecidos por la SUBRED, bajo el seguimiento y orientacion de Terapia Ocupacional.	Formato de seguimiento de las actividades realizadas, firmado por Terapia Ocupacional.
4	Realizar las actividades segun las necesidades de la subred dando cobertura en todas las unidades en donde se oferta el servicio y se requerido.	Se realizan todas las actividades requeridas por el area de terapia ocupacional.	Formato de seguimiento de las actividades realizadas, firmado por Terapia Ocupacional.
5	Realizar actividades ludicas tanto para rehabilitacion integral, rehabilitacion cognitiva y social.	Realizacion de actividades ludicas y deportivas, grupales e individuales, fortaleciendo el proceso de rehabilitacion cognitiva y social.	Formato de seguimiento de las actividades realizadas, firmado por Terapia Ocupacional.

Escaneado con CamScanner

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

6	Brindar atencion reeducativa individual.	Se realizan actividades individuales con seguimiento de Terapia Ocupacional.	Formato de seguimiento de las actividades realizadas, firmado por Terapia Ocupacional.
7	Brindar apoyo a las actividades terapeuticas según programacion	Se realizaron las actividades de forma oportuna, de acuerdo a las programaciones, procedimientos y objetivos, bajo el seguimiento de terapia ocupacional.	Formato de seguimiento de las actividades realizadas, firmado por Terapia Ocupacional.
8	Tener la dispocision de asistir a las reuniones programadas.	Dispocision total para asistencia requerida.	Sin reuniones programadas a la fecha.
9	Promover en el servicio la cultura de los valores y principios eticos para garantizar la transparencia en todos los actos del servicio.	Las actividades se realizan haciendo enfasis en valores y principios.	Formato de seguimiento de las actividades realizadas, firmado por Terapia Ocupacional.
10	Participar en revistas y cierres de caso.	Participacion cuando el equipo de terapia Ocupacional lo reuiere,	
11	Participar en investigacion que permita conocer y plantar nuevas altenativas de diagnostico e intervencion de los usuarios.	Ejecucion de actividades con quipos inerdisciplinario en socializacion de estrategias, guias y protocolos.	Formato de seguimiento de las actividades realizadas, firmado por Terapia Ocupacional.
12	Participat en el diseño y la planeacion estrategica de la Unidad Funcional para el logro de la vision institucional.	Participacion en las actividades que apoyan la labor profesional con el area de coordinaciona y terapia ocupaional.	Formato de seguimiento de las actividades realizadas, firmado por Terapia Ocupacional.
13	Portat el carnet institucional de la SUBRED durante la ejecucion de las actividades contractuales.	Uso del carnet visible durante la jornada laboral.	Norma acatada.
14	Prestat el servicio de conformidad con la programacion de agenda acordada con el supervicor del contrato para el desarrollo de sus actividades.	Se realizaron las actividades de forma oportuna, de acuerdo a las programaciones, procedimientos y objetivos, bajo el seguimiento de terapia ocupacional.	Formato de seguimiento de las actividades realizadas, firmado por Terapia Ocupacional.
15	En caso de presentarse novedades, informar con anticipacion dicha situacion al supervisor para la prevision del respectivo reemplazo.	No se presentan novedades.	Sin novedad.
16	Velar porque la atencion sea humana, eficaz, calida con cada uno de los usuarios que requieren el servicio.	Se realizan las actividades dentro de un trato digno, calido y eficiente.	Formato de seguimiento de las actividades realizadas, firmado por Terapia Ocupacional.
17	Velar por el seguimiento de las normas de bioseuridad, salud ocupacional y gestion ambiental.	Se realizan las actividades cumpliendo las reglamentaciones establecidas en bioseguridad, gestion ambiental y salud ocupacional.	Formato de seguimiento de las actividades realizadas, firmado por Terapia Ocupacional.
18	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 contenidas en el formato de necesidad de servicio que hace parte del presente contrato.	Se realizan las funciones correspondientes al servicio con etica y profesionalismo, siguiendo los reglamentos establecidos en el contrato.	Formato de seguimiento de las actividades realizadas, firmado por Terapia Ocupacional.

Observaciones:

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

Firma del Contratista

C.C. 39,551,512 de GIRARDOT (CUNDINAMARCA)

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	DR. HUGO GERMAN REYES GUERRERO
CARGO:	
FIRMA	

Escaneado con CamScanner

Cuenta de cobro 007 - 2021

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

Nit. 900.959.051-7

DEBE A:

STELLA FERNANDEZ PAVA
C.C. 39.551.512

LA SUMA DE:

Un Millón Seiscientos mil pesos ($1.600.000)

Por concepto de:

- Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No PS 6296 de 2021 correspondiente al mes de Diciembre de 2021

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES COMO TALLERISTA CON DISPONIBILIDAD EN CUMPLIMIENTO DE LA MISIÓN Y LA VISIÓN DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Cordialmente,

STELLA FERNANDEZ PAVA
C.C. 39.551.512
Teléfono: 3132213097 Dirección: Cra 4ª 32-07
No Cuenta 24070941810 ahorros Caja Social

Fecha: 31 de Diciembre 2021

Escaneado con CamScanner

Colfondos
Pensiones y Cesantías
del grupo Scotiabank

Bogotá, D.C., 02 de septiembre de 2014
BP-R-I-L-15634-09-14

Señora,
STELLA FERNANDEZ PAVA
Carrera 4 A No 32 – 10
Cel: 3132213097 – 3006570705
Correo Electrónico: sferpa@hotmail.com
Bogotá – Cundinamarca

Ref: Objeción de Pensión de Vejez, Steila Fernández Pava c.c. 39.551.512
Oficina Calle 53

Respetada Señora:

En atención a la solicitud de pensión de vejez, atentamente nos permitimos informarle lo siguiente:

Usted suscribió formulario de vinculación con el Fondo de Pensiones Obligatorias administrado por **Colfondos** el día 10 de abril de 1996.

Al revisar el saldo de la cuenta de ahorro individual administrada por **Colfondos**, donde se encuentran los aportes realizados por concepto de pensión al Fondo de Pensiones Obligatorias más los respectivos rendimientos, se evidenció que no completa el capital que se requiere de acuerdo con lo establecido en el artículo 64 de la Ley 100 de 1993, que señala:

> *"Los afiliados al Régimen de Ahorro Individual con Solidaridad, tendrán derecho a una pensión de vejez, a la edad que escojan, siempre y cuando el capital acumulado en su cuenta de ahorro individual les permita obtener una pensión mensual, superior al 110% del salario mínimo legal mensual vigente, reajustado anualmente según la variación porcentual del Indice de precios al Consumidor certificado por el DANE. Para el cálculo de dicho monto se tendrá en cuenta el valor del bono pensional, cuando a este hubiere lugar."*

De la anterior lectura podemos establecer que para efectos de una pensión de vejez se debe contar con un capital que alcance para financiar una pensión de vejez superior al 110% de un salario mínimo, situación que en su caso particular no sucedió.

Teniendo en cuenta las anteriores consideraciones y en cumplimiento de lo preceptuado en el artículo ya señalado de la Ley 100 de 1993 el Fondo de Pensiones Obligatorias **Colfondos**, **OBJETA** su pensión de vejez.

De otra parte, el artículo 66 de la Ley 100 de 1993, que establece lo siguiente:

Escaneado con CamScanner

"Devolución de Saldos. Quienes a las edades previstas en el artículo anterior no hayan cotizado el número mínimo de semanas exigidas, y no haya acumulado el capital necesario para financiar una pensión por lo menos igual al salario mínimo, tendrán derecho a la devolución del capital acumulado en su cuenta de ahorro individual, incluidos los rendimientos financieros y el valor del bono pensional, si a este hubiere lugar, o a continuar cotizando hasta alcanzar el derecho."

Sin embargo, su bono pensional se redime el 13 de agosto de 2017, no obstante usted puede acudir a la redención anticipada del bono pensional, tal como lo señala el artículo 16 del Decreto 1748 de 1995, así:

"Artículo 16. REDENCION ANTICIPADA DE LOS BONOS.

Habrá lugar a la redención anticipada de los bonos cuando se dé una de las siguientes circunstancias:

1. *Para bonos tipo A que no hayan sido negociados ni utilizados para adquirir acciones de empresas públicas, el fallecimiento o la declaratoria de invalidez del beneficiario, o bien la devolución del saldo en los casos previstos en los artículos 72 y 78 de la Ley 100 de 1993. (...)"*

En consecuencia, debido a que usted no cumplió con los requisitos establecidos para obtener una pensión de vejez, esta Administradora procederá a realizar la devolución de saldos que se encuentran registrados en su cuenta individual de ahorro pensional.

De igual manera, una vez culmine el trámite del bono pensional y el mismo se encuentre acreditado en su cuenta de ahorro individual procederemos a devolverle este valor.

Es de aclarar que el valor de esta devolución podrá variar de acuerdo a la rentabilidad que tenga el fondo entre la fecha de esta comunicación y el momento del pago.

El pago de los dineros antes mencionados será efectuado en la oficina de atención al cliente a través de la cual usted radicó su solicitud pensional.

Por último, le solicitamos indicar la forma de pago:

Cuenta Bancaria ☐

Cualquier información adicional la atenderemos con gusto.

Cordialmente,

MARIA STELLA MANTILLA PARADA
Coordinadora de Pensiones
Macm

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	39551512	STELLA FERNANDEZ PAVA	CR 4 A # 32 07	3400478	SFERPA@HOTMAIL.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
2021-11	2021-11	I	03/12/2021	55132586	$135.800

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	IRG	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTT	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
1	CC	39551512	FERNANDEZ PAVA STELLA	59	4			N																	0	0	0	0	0	0	EPS037	908.526	113.600	14-7	908.526	3	22.200		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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
CC	39551512	STELLA FERNANDEZ PAVA		CR 4 A # 32 07	3400478	SFERPA@HOTMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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	
2021-11	2021-11	I	03/12/2021	55132586	$135.600	

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					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	113.600	0		0		0	0	0	0	113.600	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

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										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	22.200				22.200	0	0	22.200			222	22.200	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

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	113.600	113.600
Pensión	0	0	0
Riesgos Laborales	1	22.200	22.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	135.800	135.800

PAGADA

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

Escaneado con CamScanner