Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): MARITZA CAROLINA CHAPARRO HOYOS
No. Identificación: CC1010182353
Dirección: CRA 11 NO 2A -55
Telefono: 3332952
Correo: iberoiii@hotmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8331269405

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	MARITZA CAROLINA CHAPARRO HOYOS
Tipo y número de identificación	CC1010182353
Número de planilla	8331269405
Fecha pago	2018-11-20
Número de autorización pago	1000000065
Banco	1001

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	octubre de 2018
Periodo de Cotización Pensión	octubre de 2018
Número de Administradoras	3
Total Pagado	318100
Total Intereses de Mora	1300

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	25100	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	164500	1
EPS008	Compensar EPS	128500	1

8331269405

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1010182353
APELLIDOS Y NOMBRES: MARITZA CAROLINA CHAPARRO HOYOS

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
EPS008	25-14	1023360	1023360	1023360	0	128000	0	163800	0	25000	0

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

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: 01

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 1459 2018	**C.D.P. No.:**	6	**Proceso al que pertenece:**	MISIONAL - HOSPITALIZACIÓN URGENCIAS
				Unidad a la que pertenece:	UNIDAD DE SERVICIOS CENTRO ORIENTE

Nombre del Contratista: CHAPARRO MARITZA CAROLINA **C.C.** 1.010.182.353 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2018-01-10 **Fecha Terminación incial:** 2018-06-09 **Valor Mensual:** $ 1.875.000 **Valor a cobrar:** $ 2.558.400

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 2.730.000	2097	2018-06-10	2018-07-09
2	$ 2.262.000	2422	2018-07-10	2018-08-09
3	$ 4.274.400	2668	2018-08-10	2018-09-09
4	$ 18.813.600	2668	2018-09-09	2018-09-10
5	$ 2.126.800	3171	2018-09-10	2018-09-10
6	$ 3.520.400	3779	2018-12-15	2019-01-15
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	ENERO 2018	$ 1.497.600	$ 264.200	8324873617
2	FEBRERO 2018	$ 1.872.000	$ 243.400	8325652925
3	MARZO 2018	$ 2.059.200	$ 255.300	8326144037
4	ABRIL	$ 1.965.300	$ 245.300	8326926243
5	MAYO	$ 2.121.600	$ 266.800	8327559616
6	JUNIO	$ 1.965.600	$ 244.300	8328225935
7	JULIO	$ 2.028.000	$ 251.300	8328972994
8	AGOSTO	$ 2.698.800	$ 334.100	8329462895
9	SEPTIEMBRE	$ 2.620.800	$ 334.100	832998388
10	OCTUBRE	$ 2.808.000	$ 334.100	832998388
11	NOVIEMBRE	$ 2.558.400	$ 318.100	8331269405
12	DICIEMBRE	$ 2.558.400	$ 317.800	8331500848
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
9547200	$ 43.274.400	$ 26.753.700	$ 16.520.700

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

OBJETO DEL CONTRATO

Prestar los servicios técnicos de auxiliar de farmacia para la ejecución de actividades asistenciales en los diferentes servicios de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente.

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2018-12-01 **Hasta:** 2018-12-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	Realizar las actividades diagnósticas y terapéuticas para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de cada paciente.	Realizar atención a los pacientes del servicio de hospitalización - diligenciar los formatos que amerite en el sistema de información DINAMICA o en físico.
2	Realizar evaluaciones e intervención a usuarios con alteraciones en el desarrollo psicomotor, y pacientes que presentan deficiencia en su sistema	Realizar valoración e intervención a los pacientes del servicio de hospitalizacion - con alteraciones en su desarrollo psicomolor, y con deficiencias en su sistema osteomuscular y neurológico
3	Realizar las valoraciones de los pacientes de interconsultados de los diferentes servicios	se realizan valoraciones a los pacientes que presentan deficiencia osteomuscular y neurológico de los diferentes servicios
4	Realizar tratamiento y seguimiento a los pacientes valorados.	se realizan valoraciones mensualmente a los pacientes que presentan deficiencia osteomuscular y neurológico
5	Dar pautas de manejo a las madres y/o familiares de los pacientes valorados.	se dan recomendaciones de manejo a familiares de los pacientes valorados.
6	Ejecución del plan individual de habilitación / rehabilitación, en relación a las actividades individuales y/o grupales definidas para el usuario ambulatorio o hospitalizado y de acuerdo a las características del servicio	Se realizan programas de recreación a los pacientes hospitalizados de acuerdo a las características del servicio.
7	Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes	Diligenciamiento de Historias Clínicas, evoluciones y los formatos que se requieren de manera calara oportuna y con calidad .
8	Informar al usuario, su familia o cuidador las actividades que debe seguir, al inicio de su proceso de habilitación/rehabilitación y posterior a la ejecución	se dan recomendaciones al familiar o cuidador, se explica plan de tratamiento casero que debe seguir en su proceso de rehabilitación
9	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	Diligenciamiento de Historias Clínicas, evoluciones y los formatos que se requieren de manera calara oportuna y con calidad .
10	Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.	registros historias clínicas con sus respectivos soportes
11	Cumplir con las normas de bioseguridad	Poner en práctica los conocimientos de guias y protocolos establecidos por la institución

Observaciones: Horas laboradas 164

Maritza chaparro.

Firma del Contratista

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

C.C. 1.010.182.353 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	Eliana Marcela Bo...
CARGO:	Líder Sedes 7
FIRMA	

Señor(a): MARITZA CAROLINA CHAPARRO HOYOS
No. Identificación: CC 1010182353
Dirección: CRA 11 NO 2A -55
Teléfono: 3332952 **Fax:**
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla 8331500848

CITE ESTE NUMERO PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Respetado señor(a)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:

compensar | miplanilla.com

Nombre	MARITZA CAROLINA CHAPARRO
Tipo y Número de Identificación	CC 1010182353
Número Planilla	8331500848
Fecha de Pago	12/17/2018
Número de Autorización de Pago	1000000021
Banco	1001
Valor Comisión	$0

Número de Empleados	1
Periodo Cotización Salud	Noviembre 2018
Periodo Cotización Pensión	Noviembre 2018
Periodo Cotización Caja	Noviembre 2018
Número de Administradoras	3
Total Pagado	$317.800
Total Interes Mora	$1.000

CODIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NUMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	$25.100	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	$164.300	1
EPS008	Compensar EPS	$128.400	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1010182353
APELLIDOS Y NOMBRES CHAPARRO HOYOS MARITZA CAROLINA

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACIÓN SALUD	COTIZACIÓN PENSIÓN	COTIZACIÓN RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD
EPS008	25-14	0	1.023.360	1.023.360	1.023.360	0	128.000	163.800	25.000	0

TIPO DOC.:
NO. DOCUMENTO:
APELLIDOS Y NOMBRES

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACIÓN SALUD	COTIZACIÓN PENSIÓN	COTIZACIÓN RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD

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