Secretaría Distrital 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 5537 2018	**C.D.P. No.:**	3074	**Proceso al que pertenece:**	GESTION HOSPITALARIA
				Unidad a la que pertenece:	UNIDAD SANTA CLARA

Nombre del Contratista: MARYI TATIANA CRUZ RODRIGUEZ **C.C.** 52.772.612 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2018-09-17 **Fecha Terminación incial:** 2018-10-16 **Valor Mensual:** $ 1.248.000 **Valor a cobrar:** $ 1.248.000

ADICIÓN/ OTROSI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NUMERO DE PLANILLA
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				
9	SEPTIEMBRE	$ 1.248.000	$ 0	0
0				
0				
0				
13				
14	ENERO 1-9	$ 0	$ 0	0

Resumen de contrato	VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
	$ 2.995.200	$ 2.995.200	$ 1.248.000	$ 1.747.200

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 TERAPEUTA FISICA, PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LOS DIFERENTES SERVICIOS CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2018-09-17 **Hasta:** 2018-09-30

	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.	Realizo las actividades diagnósticas y terapéuticas para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de cada paciente.
2	Realizar evaluaciones e intervencion a usuarios con alteraciones en el desarrollo psicomotor, y pacientes que presentan deficinecia en su sitema osteomuscular y neurológico.	Realizo evaluaciones e intervencion a usuarios con alteraciones en el desarrollo psicomotor, y pacientes que presentan deficinecia en su sitema osteomuscular y neurológico.
3	Realizar las valoraciones de los pacientes interconsultados de los diferentes servicios.	Realizo las valoraciones de los pacientes interconsultados de los diferentes servicios.
4	Realizar tratamiento y seguimiento a los pacientes valorados.	Realizo tratamiento y seguimiento a los pacientes valorados.
5	Dar pautas de manejo a las madres y/o familiares de los pacientes valorados.	Dio pautas de manejo a las madres y/o familiares de los pacientes valorados.
6	Realizar la ejecución del plan individual de habilitación/ rehabilitación, en relación a las actividades individuales y/o grupales definidas para el usuario ambulatorio y hospitalizado y de acuerdo a las caracteristicas del servicio.	Realizo la ejecución del plan individual de habilitación/ rehabilitación, en relación a las actividades individuales y/o grupales definidas para el usuario ambulatorio y hospitalizado y de acuerdo a las caracteristicas del servicio.
7	Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clinica de los pacientes	Cumplio con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clinica de los pacientes.
8	Informar al usuario, su familia o cuidador las actividades que debe seguir, al inicio de su proceso de habilitación/rehabilitación muscular y cardiaca posterior a la ejecución o su egreso.	Informo al usuario, su familia o cuidador las actividades que debe seguir, al inicio de su proceso de habilitación/rehabilitación muscular y cardiaca posterior a la ejecución o su egreso
9	Llevar registro de la atención de las actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadisticos definidos por la normatividad vigente y todos aquellos registros necdesarios	Llevo registro de la atención de las actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadisticos definidos por la normatividad vigente y todos aquellos registros necdesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y factuación.
10	Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.	Reporto los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.
11	Direcccionar y/o asignar plan casero o actividades para ralizar en casa a los pacientes que lo	Direccciono y/o asigno plan casero o actividades para ralizar en casa a los pacientes que lo requieran y que han sido atendidos.
12	Notificar los sucesos de calidadque se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e imp'lementar las acciones de mejora definidas para el servicio.	Notifico los sucesos de calidadque se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e imp'lementar las acciones de mejora definidas para el servicio.
13	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 gestión ambiental.
14	Velar porque la atención sea humana, eficaz, cálida 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.
15	Desarrollar las actividades para el fortalecimiento de los centros de atención primarios(CAPS) en el marco del Convenio 1219 de 2017.	Desarrollo las actividades para el fortalecimiento de los centros de atención primarios(CAPS) en el marco del Convenio 1219 de 2017.
16	Portar el carnet institucional de la SURED durante la ejecución de las actividades contractuales. 17. Cumplir la programación de turnos de servicios, realizar el cambio de turno cumpliendo con las directrices establecidas por la entidad, de acuerdo con el objeto del contrato.	Porta el carnet institucional de la SURED durante la ejecución de las actividades contractuales. 17. Cumpli la programación de turnos de servicios, realizar el cambio de turno cumpliendo con las directrices establecidas por la entidad, de acuerdo con el objeto del contrato.

OBSERVACIONES:
HORAS 80. CONTRATO NUEVO, SE ANEXAN CERTIFICACIONES DE AFILIACION A SALUD Y PENSION.ARL SEGUROS BOLIVAR.

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

TATIANA CRUZ.
Firma del Contratista

C.C. 52.772.612 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS

NOMBRE:	MARIA ESNEDA ROCHA GAONA
CARGO:	LIDER APOYO TERAPEUTICO
FIRMA	

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.
NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **MARYI TATIANA CRUZ RODRIGUEZ**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **52,772,612**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 27 días del mes de Septiembre de 2018.

Gerente de Clientes

compensar

LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
COMPENSAR EPS
NIT 860.066.942-7

HACE CONSTAR

Que el(la) señor(a) MARYI TATIANA CRUZ RODRIGUEZ identificado(a) con cedula ciudadania 52.772.612 , se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro	Semanas Cotizadas
20180818	No Registrada	743

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 30 días del mes de Septiembre de 2.018

Observaciones:

Con destino a:
A QUIEN INTERESE

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea 4441234- Documento no válido como autorización de Traslado - No es válido para aclarar situación de Duplicidad en el SGSSS. Semanas de Cotización según LEY 1122/07.

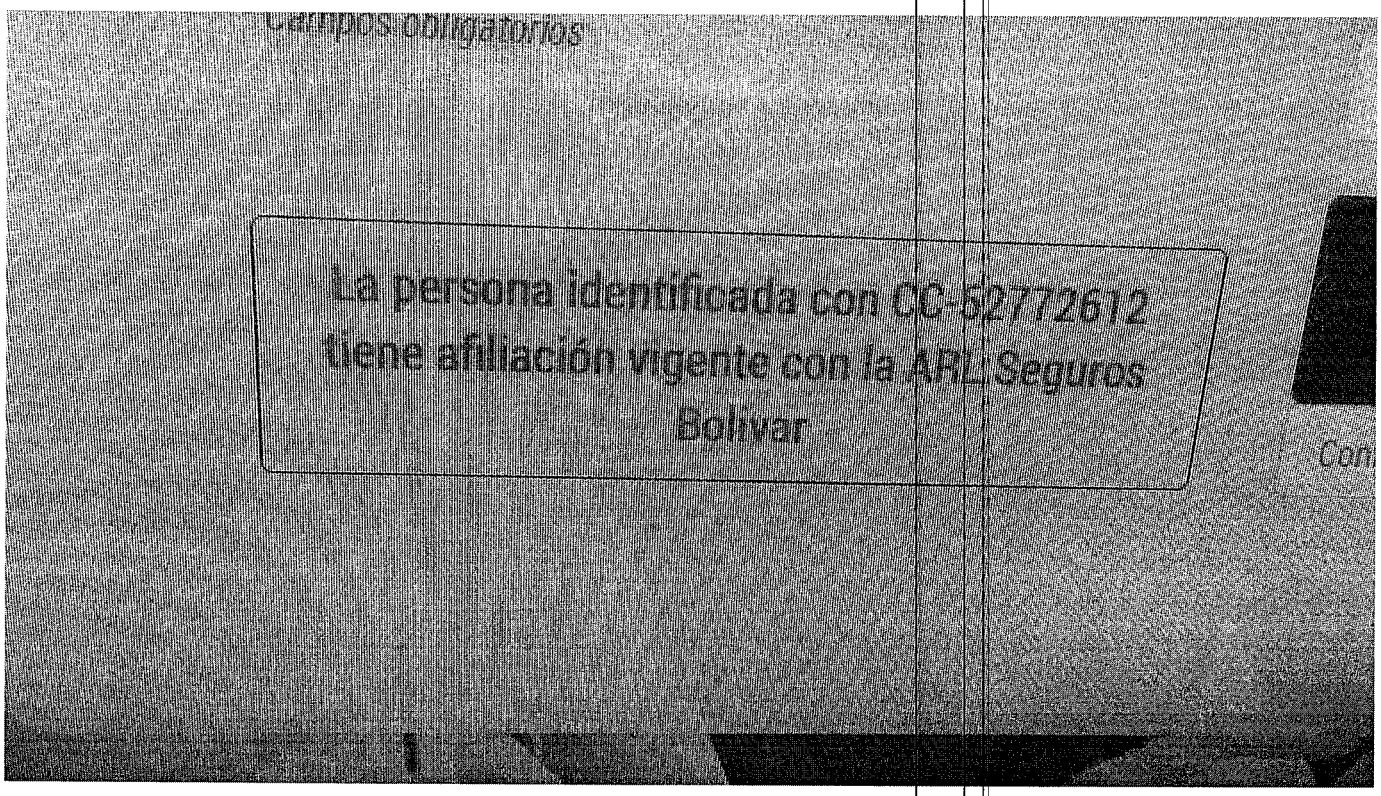
Cordialmente,

COMPENSAR EPS.

Elaboró: TRANSACCIONES EN LINEA
10205044

CER-AFI

Avenida Calle 26 No. 66A - 48
Central telefónica - 444 1234
www.compensar.com


Campos obligatorios
La persona identificada con CC-52772612
tiene afiliación vigente con la ARL Seguros
Bolivar

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 5537 2018 **C.D.P. No.:** 3074

Proceso al que pertenece: GESTION HOSPITALARIA

Unidad a la que pertenece: UNIDAD SANTA CLARA

Nombre del Contratista: MARYI TATIANA CRUZ RODRIGUEZ **C.C.** 52.772.612 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2018-09-17 **Fecha Terminación incial:** 2018-10-16 **Valor Mensual:** $ 2.870.400 **Valor a cobrar:** $ 2.870.400

ADICIÓN/ OTROSI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				
1	$ 2.870.400	3519	2018-10-27	2018-12-15
0				
0				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				
9	SEPTIEMBRE	$ 1.248.000	$ 0	0
10	OCTUBRE	$ 2.870.400	$ 355.700	30777760-30713369-
0				
0				
13				
14	ENERO 1-9	$ 0	$ 0	0

Resumen de contrato	VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
	$ 2.995.200	$ 5.865.600	$ 4.118.400	$ 1.747.200

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 TERAPEUTA FISICA, PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LOS DIFERENTES SERVICIOS CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2018-10-01 **Hasta:** 2018-10-31

	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.	Realizo las actividades diagnósticas y terapéuticas para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de cada paciente.
2	Realizar evaluaciones e intervencion a usuarios con alteraciones en el desarrollo psicomotor, y pacientes que presentan deficinecia en su sitema osteomuscular y neurológico.	Realizo evaluaciones e intervencion a usuarios con alteraciones en el desarrollo psicomotor, y pacientes que presentan deficinecia en su sitema osteomuscular y neurológico.
3	Realizar las valoraciones de los pacientes interconsultados de los diferentes servicios.	Realizo las valoraciones de los pacientes interconsultados de los diferentes servicios.
4	Realizar tratamiento y seguimiento a los pacientes valorados.	Realizo tratamiento y seguimiento a los pacientes valorados.
5	Dar pautas de manejo a las madres y/o familiares de los pacientes valorados.	Dio pautas de manejo a las madres y/o familiares de los pacientes valorados.
6	Realizar la ejecución del plan individual de habilitación/ rehabilitación, en relación a las actividades individuales y/o grupales definidas para el usuario ambulatorio y hospitalizado y de acuerdo a las caracteristicas del servicio.	Realizo la ejecución del plan individual de habilitación/ rehabilitación, en relación a las actividades individuales y/o grupales definidas para el usuario ambulatorio y hospitalizado y de acuerdo a las caracteristicas del servicio.
7	Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clinica de los pacientes.	Cumplio con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clinica de los pacientes.
8	Informar al usuario, su familia o cuidador las actividades que debe seguir, al inicio de su proceso de habilitación/rehabilitación muscular y cardiaca posterior a la ejecución o su egreso.	Informo al usuario, su familia o cuidador las actividades que debe seguir, al inicio de su proceso de habilitación/rehabilitación muscular y cardiaca posterior a la ejecución o su egreso.
9	Llevar registro de la atención de las actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadisticos definidos por la normatividad vigente y todos aquellos registros necdesarios	Llevo registro de la atención de las actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadisticos definidos por la normatividad vigente y todos aquellos registros necdesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y factuación.
10	Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.	Reporto los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.
11	Direccionar y/o asignar plan casero o actividades para ralizar en casa a los pacientes que lo	Direccciono y/o asigno plan casero o actividades para ralizar en casa a los pacientes que lo requieran y que han sido atendidos.
12	Notificar los sucesos de calidadque se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e imp'lementar las acciones de mejora definidas para el servicio.	Notifico los sucesos de calidadque se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e imp'lementar las acciones de mejora definidas para el servicio.
13	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 gestión ambiental.
14	Velar porque la atención sea humana, eficaz, cálida 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.
15	Desarrollar las actividades para el fortalecimiento de los centros de atención primarios(CAPS) en el marco del Convenio 1219 de 2017.	Desarrollo las actividades para el fortalecimiento de los centros de atención primarios(CAPS) en el marco del Convenio 1219 de 2017.
16	Portar el carnet institucional de la SURED durante la ejecución de las actividades contractuales. 17. Cumplir la programación de turnos de servicios, realizar el cambio de turno cumpliendo con las directrices establecidas por la entidad, de acuerdo con el objeto del contrato.	Porta el carnet institucional de la SURED durante la ejecución de las actividades contractuales. 17. Cumpli la programación de turnos de servicios, realizar el cambio de turno cumpliendo con las directrices establecidas por la entidad, de acuerdo con el objeto del contrato.

OBSERVACIONES:
HORAS 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

TATIANA CRUZ.
Firma del Contratista

C.C. 52.772.612 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	MARIA ESNEDA ROCHA GAONA
CARGO:	DIDER APOYO TERAPEUTICO
FIRMA	

2018-10-26 / 02:12:59 PM | Ninguno

Periodo Salud: Octubre 2018. Octubre 2018

Resumen de pago

Resumen de pago

Información básica de la planilla

Empresa:	MARYI TATIANA CRUZ RODRIGUEZ	**Nit:**	5277 [illegible]
Tipo planilla:	I	**Periodo liquidación Pensiones**	Octubre 2018
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	Octubre 2018
Número de radicación:	30713369	**Total a pagar:**	$222,700
Fecha de vencimiento:	06/11/2018	**Total de empleados:**	1
Fecha de pago:	22/10/2018	**Número de administradoras:**	2

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	**Nit recaudo:**	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	**Medio de pago:**	Pago en Cajas
Banco:	1083	**Número de aprobación:**	332675
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Totales

Código	NIT	Administradoras	No. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total pagado
230301	800224808	Porvenir	1		$0.00	$125,000
EPS008	860066942	Compensar EPS	1		$0.00	$97,700
						$222,700

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

Compensar Caja de Compensación Familiar Compensar S.A.

compensar miplanilla.com Contenido Valle Seguro

Ce Edi

Acerca de los certificados SSL

34

2018-10-26 / 02:12:59 PM | Ninguno

Periodo Salud: Octubre 2018.

Resumen de pago

Resumen de pago

Información básica de la planilla

Empresa:	MARYI TATIANA CRUZ RODRIGUEZ	**Nit:**	52772612
Tipo planilla:	N	**Periodo liquidación Pensiones**	Octubre 2018
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	Octubre 2018
Número de radicación:	30777760	**Total a pagar:**	$19,100
Fecha de vencimiento:	06/11/2018	**Total de empleados:**	1
Fecha de pago:	25/10/2018	**Número de administradoras:**	1

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	**Nit recaudo:**	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	**Medio de pago:**	Pago en Cajas
Banco:	1083	**Número de aprobación:**	334513
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Totales

Código	NIT	Administradoras	No. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total pagado
14-7	860002503	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	1		$0.00	$19,100
						$19,100

$355.740

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

Horas Octubre 184
$ 2.870.400

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE

TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	
CC	52772612	MARYI TATIANA CRUZ RODRIGUEZ		C 40 G NO 78 D 33 SUR	2645930	tatianacruz15@hotmail.com	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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	UPC
30777760	25/10/2018				1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2018-10	2018-10	N	07/11/2018	31032628	$113.900	

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	45.900	0		0		0	1	100	0	46.000	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	58.800	0	0	0	0	1	100	0	58.900	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										
14-7	Seguros Bolívar S.A.	860002503-2	8.900				8.900	1	100	9.000			89	9.000	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	45.900	46.000
Pensión	1	58.800	58.900
Riesgos Laborales	1	8.900	9.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	113.600	113.900

PAGADA
31032628

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 5537 2018 **C.D.P. No.:** 3074

Proceso al que pertenece: GESTION HOSPITALARIA

Unidad a la que pertenece: UNIDAD SANTA CLARA

Nombre del Contratista: MARYI TATIANA CRUZ RODRIGUEZ **C.C.** 52.772.612 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2018-09-17 **Fecha Terminación incial:** 2018-10-16 **Valor Mensual:** $ 2.620.800 **Valor a cobrar:** $ 2.620.800

ADICIÓN/ OTROSI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				
1	$ 2.870.400	3519	2018-10-10	2018-11-09
2	$ 2.808.000	3778	2018-11-10	2018-12-15
0				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				
9	SEPTIEMBRE	$ 1.248.000	$ 0	0
10	OCTUBRE	$ 2.870.400	$ 355.700	30777760-30713369-
11	NOVIEMBRE	$ 2.620.800	$ 355.400	0713369-31032628-307777(
0				
13				
14	ENERO 1-9	$ 0	$ 0	0

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 2.995.200	$ 8.673.600	$ 6.739.200	$ 1.934.400

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 TERAPEUTA FISICA, PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LOS DIFERENTES SERVICIOS CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2018-11-01 **Hasta:** 2018-11-30

	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.	Realizo las actividades diagnósticas y terapéuticas para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de cada paciente.
2	Realizar evaluaciones e intervencion a usuarios con alteraciones en el desarrollo psicomotor, y pacientes que presentan deficinecia en su sitema osteomuscular y neurológico.	Realizo evaluaciones e intervencion a usuarios con alteraciones en el desarrollo psicomotor, y pacientes que presentan deficinecia en su sitema osteomuscular y neurológico.
3	Realizar las valoraciones de los pacientes interconsultados de los diferentes servicios.	Realizo las valoraciones de los pacientes interconsultados de los diferentes servicios.
4	Realizar tratamiento y seguimiento a los pacientes valorados.	Realizo tratamiento y seguimiento a los pacientes valorados.
5	Dar pautas de manejo a las madres y/o familiares de los pacientes valorados.	Dio pautas de manejo a las madres y/o familiares de los pacientes valorados.
6	Realizar la ejecución del plan individual de habilitación/ rehabilitación, en relación a las actividades individuales y/o grupales definidas para el usuario ambulatorio y hospitalizado y de acuerdo a las caracteristicas del servicio.	Realizo la ejecución del plan individual de habilitación/ rehabilitación, en relación a las actividades individuales y/o grupales definidas para el usuario ambulatorio y hospitalizado y de acuerdo a las caracteristicas del servicio.
7	Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clinica de los pacientes.	Cumplio con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clinica de los pacientes.
8	Informar al usuario, su familia o cuidador las actividades que debe seguir, al inicio de su proceso de habilitación/rehabilitación muscular y cardiaca posterior a la ejecución o su egreso.	Informo al usuario, su familia o cuidador las actividades que debe seguir, al inicio de su proceso de habilitación/rehabilitación muscular y cardiaca posterior a la ejecución o su egreso.
9	Llevar registro de la atención de las actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadisticos definidos por la normatividad vigente y todos aquellos registros necdesarios	Llevo registro de la atención de las actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadisticos definidos por la normatividad vigente y todos aquellos registros necdesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y factuación.
10	Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.	Reporto los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.
11	Direccciona r y/o asignar plan casero o actividades para ralizar en casa a los pacientes que lo	Direccciono y/o asigno plan casero o actividades para ralizar en casa a los pacientes que lo requieran y que han sido atendidos.
12	Notificar los sucesos de calidadque se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e imp'lementar las acciones de mejora definidas para el servicio.	Notifico los sucesos de calidadque se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e imp'lementar las acciones de mejora definidas para el servicio.
13	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 gestión ambiental.
14	Velar porque la atención sea humana, eficaz, cálida 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.
15	Desarrollar las actividades para el fortalecimiento de los centros de atención primarios(CAPS) en el marco del Convenio 1219 de 2017.	Desarrollo las actividades para el fortalecimiento de los centros de atención primarios(CAPS) en el marco del Convenio 1219 de 2017.
16	Portar el carnet institucional de la SURED durante la ejecución de las actividades contractuales. 17. Cumplir la programación de turnos de servicios, realizar el cambio de turno cumpliendo con las directrices establecidas por la entidad, de acuerdo con el objeto del contrato.	Porta el carnet institucional de la SURED durante la ejecución de las actividades contractuales. 17. Cumpli la programación de turnos de servicios, realizar el cambio de turno cumpliendo con las directrices establecidas por la entidad, de acuerdo con el objeto del contrato.

OBSERVACIONES:
HORAS 168.

TATIANA CRUZ.
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. 52.772.612 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	MARIA ESNEDA ROCHA GAONA
CARGO:	LIDER APOYO TERAPEUTICO
FIRMA	

compensar | miplanilla.com

Pag. 1 de 1

34

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

Señor(a):	MARYI TATIANA CRUZ RODRIGUEZ
No. Identificación:	CC52772612
Dirección:	C 40 G NO 78 D 33 SUR
Telefono:	2645930
Correo:	notiene@hotmail.com
Ciudad:	BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla:	30713369

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	MARYI TATIANA CRUZ RODRIGUEZ
Tipo y número de identificación	CC52772612
Número de planilla	30713369
Fecha pago	2018-10-22
Número de autorización pago	332675
Banco	1083

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	octubre de 2018
Periodo de Cotización Pensión	octubre de 2018
Número de Administradoras	2
Total Pagado	222700
Total Intereses de Mora	0

PAGADA

30713369

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
230301	Porvenir	125000	1
EPS008	Compensar EPS	97700	1

HORAS 168
$2.620.800

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 52772612
APELLIDOS Y NOMBRES: MARYI TATIANA CRUZ RODRIGUEZ

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	230301	781242	781242	0	0	97700	0	125000	0	0	0

S $143.600
P $183.800
ARL $28.000
$355.400

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

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	52772612	MARYI TATIANA CRUZ RODRIGUEZ	C 40 G NO 78 D 33 SUR	2645930	tatianacruz15@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	
30777760	25/10/2018				EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2018-10	2018-10	N	07/11/2018	31032628	TOTAL A PAGAR	
					$113.900	

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	45.900	0		0		0	1	100	0	46.000	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	58.800	0	0	0	0	1	100	0	58.900	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										
14-7	Seguros Bolívar S.A.	860002503-2	8.900				8.900	1	100	9.000			89	9.000	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	46.000	46.000
Pensión	1	58.900	58.900
Riesgos Laborales	1	8.900	9.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	113.600	113.900

PAGADA
31032628

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

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	52772612	MARYI TATIANA CRUZ RODRIGUEZ	C 40 G NO 78 D 33 SUR	2645930	tatianacruz15@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	UPC
30713369	22/10/2018				1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2018-10	2018-10	N	25/10/2018	307777 60	$19.100	

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					

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 SA	860002503-2	19.100				19.100	0	0	19.100			191	19.100	

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	0	0	0
Pensión	0	0	0
Riesgos Laborales	1	19.100	19.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	1	19.100	19.100

PAGADA

307777 60

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 5537 2018 **C.D.P. No.:** 3074

Proceso al que pertenece: GESTION HOSPITALARIA

Unidad a la que pertenece: UNIDAD SANTA CLARA

Nombre del Contratista: MARYI TATIANA CRUZ RODRIGUEZ **C.C.** 52.772.612 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2018-09-17 **Fecha Terminación incial:** 2018-10-16 **Valor Mensual:** $ 2.620.800 **Valor a cobrar:** $ 2.620.800

ADICIÓN/ OTROSI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				
1	$ 2.870.400	3519	2018-10-10	2018-11-09
2	$ 2.808.000	3778	2018-11-10	2018-12-15
3	$ 3.478.800	4019	16/12/2018	15/01/2019

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				
9	SEPTIEMBRE	$ 1.248.000	$ 0	0
10	OCTUBRE	$ 2.870.400	$ 355.700	30777760-30713369-
11	NOVIEMBRE	$ 2.620.800	$ 355.400	0713369-31032628-307777
12	DICIEMBRE	$ 2.620.800	$ 357.400	31835812
13				
14	ENERO 1-9	$ 0	$ 0	0

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 2.995.200	$ 12.152.400	$ 9.360.000	$ 2.792.400

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 TERAPEUTA FISICA, PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LOS DIFERENTES SERVICIOS CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

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.	Realizo las actividades diagnósticas y terapéuticas para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de cada paciente.
2	Realizar evaluaciones e intervencion a usuarios con alteraciones en el desarrollo psicomotor, y pacientes que presentan deficinecia en su sitema osteomuscular y neurológico.	Realizo evaluaciones e intervencion a usuarios con alteraciones en el desarrollo psicomotor, y pacientes que presentan deficinecia en su sitema osteomuscular y neurológico.
3	Realizar las valoraciones de los pacientes interconsultados de los diferentes servicios.	Realizo las valoraciones de los pacientes interconsultados de los diferentes servicios.
4	Realizar tratamiento y seguimiento a los pacientes valorados.	Realizo tratamiento y seguimiento a los pacientes valorados.
5	Dar pautas de manejo a las madres y/o familiares de los pacientes valorados.	Dio pautas de manejo a las madres y/o familiares de los pacientes valorados.
6	Realizar la ejecución del plan individual de habilitación/ rehabilitación, en relación a las actividades individuales y/o grupales definidas para el usuario ambulatorio y hospitalizado y de acuerdo a las caracteristicas del servicio.	Realizo la ejecución del plan individual de habilitación/ rehabilitación, en relación a las actividades individuales y/o grupales definidas para el usuario ambulatorio y hospitalizado y de acuerdo a las caracteristicas del servicio.
7	Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clinica de los pacientes.	Cumplio con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clinica de los pacientes.
8	Informar al usuario, su familia o cuidador las actividades que debe seguir, al inicio de su proceso de habilitación/rehabilitación muscular y cardiaca posterior a la ejecución o su egreso.	Informo al usuario, su familia o cuidador las actividades que debe seguir, al inicio de su proceso de habilitación/rehabilitación muscular y cardiaca posterior a la ejecución o su egreso.
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 necdesarios	Llevo registro de la atención de las actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadisticos definidos por la normatividad vigente y todos aquellos registros necdesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y factuación.
10	Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.	Reporto los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.
11	Direccionar y/o asignar plan casero o actividades para ralizar en casa a los pacientes que lo	Direccciono y/o asigno plan casero o actividades para ralizar en casa a los pacientes que lo requieran y que han sido atendidos.
12	Notificar los sucesos de calidadque se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e imp'lementar las acciones de mejora definidas para el servicio.	Notifico los sucesos de calidadque se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e imp'lementar las acciones de mejora definidas para el servicio.
13	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 gestión ambiental.
14	Velar porque la atención sea humana, eficaz, cálida 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.
15	Desarrollar las actividades para el fortalecimiento de los centros de atención primarios(CAPS) en el marco del Convenio 1219 de 2017.	Desarrollo las actividades para el fortalecimiento de los centros de atención primarios(CAPS) en el marco del Convenio 1219 de 2017.
16	Portar el carnet institucional de la SURED durante la ejecución de las actividades contractuales. 17. Cumplir la programación de turnos de servicios, realizar el cambio de turno cumpliendo con las directrices establecidas por la entidad, de acuerdo con el objeto del contrato.	Porta el carnet institucional de la SURED durante la ejecución de las actividades contractuales. 17. Cumpli la programación de turnos de servicios, realizar el cambio de turno cumpliendo con las directrices establecidas por la entidad, de acuerdo con el objeto del contrato.

OBSERVACIONES:
HORAS 168

TATIANA CRUZ.
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. 52.772.612 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS

NOMBRE:	MARIA ESNEDA ROCHA GAONA
CARGO:	LIDER APOYO TERAPEUTICO
FIRMA	

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

Señor(a): MARYI TATIANA CRUZ RODRIGUEZ
No. Identificación: CC52772612
Dirección: C 40 G NO 78 D 33 SUR
Telefono: 2645930
Correo: tatianacruz15@hotmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 31835812

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	MARYI TATIANA CRUZ RODRIGUEZ
Tipo y número de identificación	CC52772612
Número de planilla	31835812
Fecha pago	2018-12-12
Número de autorización pago	371054
Banco	1083

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	noviembre de 2018
Periodo de Cotización Pensión	noviembre de 2018
Número de Administradoras	3
Total Pagado	357400
Total Intereses de Mora	2000

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cía de Seguros Bolivar S.A	28200	1
230301	Porvenir	184800	1
EPS008	Compensar EPS	144400	1

Horas=168
$1'620.800

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 52772612
APELLIDOS Y NOMBRES: MARYI TATIANA CRUZ RODRIGUEZ

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	230301	1148160	1148160	1148160	0	143600	0	183800	0	28000	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 5537 2018 **C.D.P. No.:** 3074

Proceso al que pertenece: GESTION HOSPITALARIA

Unidad a la que pertenece: UNIDAD SANTA CLARA

Nombre del Contratista: MARYI TATIANA CRUZ RODRIGUEZ **C.C.** 52.772.612 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2018-09-17 **Fecha Terminación incial:** 2018-10-16 **Valor Mensual:** $ 2.745.600 **Valor a cobrar:** $ 2.745.600

ADICIÓN/ OTROSI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				
1	$ 2.870.400	3519	2018-10-10	2018-11-09
2	$ 2.808.000	3778	2018-11-10	2018-12-15
3	$ 3.478.800	4019	16/12/2018	15/01/2019
8	$ 1.404.000	62	16/01/2019	31/01/2019

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NUMERO DE PLANILLA
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				
9	SEPTIEMBRE	$ 1.248.000	$ 0	0
10	OCTUBRE	$ 2.870.400	$ 355.700	30777760-30713369-
11	NOVIEMBRE	$ 2.620.800	$ 355.400	0713369-31032628-307777
12	DICIEMBRE	$ 2.620.800	$ 357.400	31835812
13	ene-19	$ 2.745.600	$ 358.200	32402740
14				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 2.995.200	$ 13.556.400	$ 12.105.600	$ 1.450.800

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 TERAPEUTA FISICA, PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LOS DIFERENTES SERVICIOS CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

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.	Realizo las actividades diagnósticas y terapéuticas para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de cada paciente.
2	Realizar evaluaciones e intervencion a usuarios con alteraciones en el desarrollo psicomotor, y pacientes que presentan deficinecia en su sitema osteomuscular y neurológico.	Realizo evaluaciones e intervencion a usuarios con alteraciones en el desarrollo psicomotor, y pacientes que presentan deficinecia en su sitema osteomuscular y neurológico.
3	Realizar las valoraciones de los pacientes interconsultados de los diferentes servicios.	Realizo las valoraciones de los pacientes interconsultados de los diferentes servicios.
4	Realizar tratamiento y seguimiento a los pacientes valorados.	Realizo tratamiento y seguimiento a los pacientes valorados.
5	Dar pautas de manejo a las madres y/o familiares de los pacientes valorados.	Dio pautas de manejo a las madres y/o familiares de los pacientes valorados.
6	Realizar la ejecución del plan individual de habilitación/ rehabilitación, en relación a las actividades individuales y/o grupales definidas para el usuario ambulatorio y hospitalizado y de acuerdo a las caracteristicas del servicio.	Realizo la ejecución del plan individual de habilitación/ rehabilitación, en relación a las actividades individuales y/o grupales definidas para el usuario ambulatorio y hospitalizado y de acuerdo a las caracteristicas del servicio.
7	Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clinica de los pacientes.	Cumplio con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clinica de los pacientes.
8	Informar al usuario, su familia o cuidador las actividades que debe seguir, al inicio de su proceso de habilitación/rehabilitación muscular y cardiaca posterior a la ejecución o su egreso.	Informo al usuario, su familia o cuidador las actividades que debe seguir, al inicio de su proceso de habilitación/rehabilitación muscular y cardiaca posterior a la ejecución o su egreso.
9	Llevar registro de la atención de las actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadisticos definidos por la normatividad vigente y todos aquellos registros	Llevo registro de la atención de las actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadisticos definidos por la normatividad vigente y todos aquellos registros necdesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y factuación.
10	Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.	Reporto los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.
11	Direccionar y/o asignar plan casero o actividades para ralizar en casa a los pacientes que lo	Direccciono y/o asigno plan casero o actividades para ralizar en casa a los pacientes que lo requieran y que han sido atendidos.
12	Notificar los sucesos de calidadque se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e imp'lementar las acciones de mejora definidas para el servicio.	Notifico los sucesos de calidadque se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e imp'lementar las acciones de mejora definidas para el servicio.
13	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 gestión ambiental.
14	Velar porque la atención sea humana, eficaz, cálida 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.
15	Desarrollar las actividades para el fortalecimiento de los centros de atención primarios(CAPS) en el marco del Convenio 1219 de 2017.	Desarrollo las actividades para el fortalecimiento de los centros de atención primarios(CAPS) en el marco del Convenio 1219 de 2017.
16	Portar el carnet institucional de la SURED durante la ejecución de las actividades contractuales. 17. Cumplir la programación de turnos de servicios, realizar el cambio de turno cumpliendo con las directrices establecidas por la entidad, de acuerdo con el objeto del contrato.	Porta el carnet institucional de la SURED durante la ejecución de las actividades contractuales. 17. Cumpli la programación de turnos de servicios, realizar el cambio de turno cumpliendo con las directrices establecidas por la entidad, de acuerdo con el objeto del contrato.

OBSERVACIONES: HORAS 176.

Tatiana Cruz.
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. 52.772.612 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	MARIA ESNEDA ROCHA GAONA
CARGO:	LIDER APOYO TERAPEUTICO
FIRMA	

compensar | miplanilla.com

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

Señor(a): MARYI TATIANA CRUZ RODRIGUEZ
No. Identificación: CC52772612
Dirección: C 40 G NO 78 D 33 SUR
Telefono: 2645930
Correo: tatianacruz15@hotmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 32402740

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	MARYI TATIANA CRUZ RODRIGUEZ
Tipo y número de identificación	CC52772612
Número de planilla	32402740
Fecha pago	2019-01-14
Número de autorización pago	391960
Banco	1083

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	diciembre de 2018
Periodo de Cotización Pensión	diciembre de 2018
Número de Administradoras	3
Total Pagado	358200
Total Intereses de Mora	2800

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	28300	1
230301	Porvenir	185200	1
EPS008	Compensar EPS	144700	1

176 HORAS
$ 2.245.600

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 52772612
APELLIDOS Y NOMBRES: MARYI TATIANA CRUZ RODRIGUEZ

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	230301	1148160	1148160	1148160	0	143600	0	183800	0	28000	0

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