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 1244 2019 **C.D.P. No.:** 109

**Proceso al que pertenece:** GESTION HOSPITALARIA

**Unidad a la que pertenece:** UNIDAD SANTA CLARA

**Nombre del Contratista:** KAREM JUDITH JUTINICO MARTINEZ **C.C.** 1.030.529.383 **de:** BOGOTA

**Fecha Inicio:** 2019-02-01 **Fecha Terminación incial:** 2019-07-31 **Valor Mensual:** $ 2.897.280 **Valor a cobrar:** $ 2.897.280

| ADICIÓN/ OTROSI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 0 | | | | |
| 0 | | | | |
| 0 | | | | |
| 0 | | | | |
| 0 | | | | |
| 0 | | | | |
| 0 | | | | |
| 1 | $ 3.407.760 | 1756 | 01/08/2019 | 30/09/2019 |
| 2 | $ 2.897.280 | 2304 | 01/10/2019 | 30/11/2019 |
| 0 | | | | |
| 0 | | | | |
| 0 | | | | |

| Nº CTA | MES DE CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR | VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL | NÚMERO DE PLANILLA |
|---|---|---|---|---|
| 0 | | | | |
| 1 | FEBRERO | $ 2.184.000 | $ 270.300 | 1719684768 |
| 2 | MARZO | $ 2.293.200 | $ 270.300 | 1719684768 |
| 3 | ABRIL | $ 2.184.000 | $ 283.900 | 1720636882 |
| 4 | MAYO | $ 2.964.000 | $ 366.800 | 1721148768-1721238007 |
| 5 | JUNIO | $ 2.340.000 | $ 297.500 | 1721175404 |
| 6 | JULIO | $ 2.496.000 | $ 309.000 | 1721919276 |
| 7 | AGOSTO | $ 2.897.280 | $ 358.700 | 1722414615 |
| 8 | SEPTIEMBRE | $ 2.897.280 | $ 358.700 | 1722450972 |
| 9 | OCTUBRE | $ 2.897.280 | $ 358.700 | 1722965654 |
| 0 | | | | |
| 0 | | | | |
| 13 | ENERO 1-9 | $ 0 | $ 0 | 0 |

| Resumen de contrato | VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|---|
| | $ 16.848.000 | $ 23.153.040 | $ 23.153.040 | $ 0 |

## 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 FONOAUDIOLOGOY/O TERAPEUTA LENGUAJE, PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES ENY 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

**Relación de actividades para el periodo:** **Desde:** 2019-10-01 **Hasta:** 2019-10-31

| | OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta) | DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN |
|---|---|---|
| 1 | 1. Realizar las actividades diagnósticas y terapéuticas para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de cada paciente | 1. Realizó las actividades diagnósticas y terapéuticas para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de cada paciente |
| 2 | 2. Realizar el manejo integral a los pacientes hospitalizados, ambulatorios y urgencias, sala ERA interconsultados | 2. Realizó el manejo integral a los pacientes hospitalizados, ambulatorios y urgencias, sala ERA interconsultados |
| 3 | 3. Realizar tratamiento y seguimiento a los pacientes valorados | 3. Realizór tratamiento y seguimiento a los pacientes valorados |
| 4 | 4. Dar pautas de manejo y educación a las madres y/o familiares de los pacientes valorados | 4. Doy pautas de manejo y educación a las madres y/o familiares de los pacientes valorados |
| 5 | 5. Velar por el uso racional de los elementos de Terapia respiratoria | 5. Veló por el uso racional de los elementos de Terapia respiratoria |
| 6 | 6. Realizar los seguimientos telefónicos a pacientes menores de 5 años con dx ERA atendidos en urgencias, hospitalización , consulta externa | 6. Realizó los seguimientos telefónicos a pacientes menores de 5 años con dx ERA atendidos en urgencias, hospitalización , consulta externa |
| 7 | 7. Control de oximetría en pacientes del programa de crónicos de oxigeno domiciliario del hospital | 7. Control de oximetría en pacientes del programa de crónicos de oxigeno domiciliario del hospital |
| 8 | 8. Elaborar la estadística diarias de las actividades que se realizan y el consolidado mensual para ser entregado en forma oportuna. | 8. Elaborró la estadística diarias de las actividades que se realizan y el consolidado mensual para ser entregado en forma oportuna. |
| 9 | 9. Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes. | 9. Cumplo con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes. |
| 10 | 10. Participar en las actividades de revista, caso clínico con el fin de evaluar y en caso de ser necesario ajustar el plan individual de habilitación / rehabilitación del usuario ambulatorio u hospitalizado | 10. Participó en las actividades de revista, caso clínico con el fin de evaluar y en caso de ser necesario ajustar el plan individual de habilitación / rehabilitación del usuario ambulatorio u hospitalizado |
| 11 | 11. Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad | 11. Reportó los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente |
| 12 | 12. 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 definidas para el servicio | 12. 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 mejora definidas para el servicio |
| 13 | 13. Velar por el seguimiento de las normas de bioseguridad, salud ocupacional y gestión ambiental. | 13. Veló por el seguimiento de las normas de bioseguridad, salud ocupacional y gestión ambiental. |
| 14 | 14. Direccionar y/o asignar plan casero o actividades para realizar en casa a los pacientes que lo requieran y que han sido atendidos | 14. Direccionó y/o asignó plan casero o actividades para realizar en casa a los pacientes que lo requieran y que han sido atendidos |
| 15 | 15. Realizar manejo de equipos de cuidado intensivo como Cánulas de alto flujo, Ventilación de alta frecuencia, Óxido nítrico, Oxiheliox y Fibrobroncoscopias. | 15. Realizó manejo de equipos de cuidado intensivo como Cánulas de alto flujo, Ventilación de alta frecuencia, Óxido nítrico, Oxiheliox y Fibrobroncoscopias. |
| 16 | 16. Velar porque la atención sea humana, eficaz, cálida con todos y cada uno de los usuarios que requieran el servicio.17. Desarrollar las actividades para el fortalecimiento de los centros de atención | 16. Veló porque la atención sea humana, eficaz, cálida con todos y cada uno de los usuarios que requieran el servicio.17. Desarrollar las actividades para el fortalecimiento de los centros de atención primarios (CAPS) en el marco del convenio 1219 de 2018. 18. Portar |

**OBSERVACIONES:**
**HORAS 180**

Karem J. Jutinico M.
**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.** 1.030.529.383 **de** BOGOTA

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS | |
|---|---|
| NOMBRE: | ANGELA MARIA MENDOZA MESA |
| CARGO: | LIDER APOYO TERAPEUTICO |
| FIRMA | |

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

### DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1030529383 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | KAREM JUDITH JUTINICO MARTINEZ |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BOGOTA DISTRITO CAPITAL | DEPARTAMENTO: | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL |
| DIRECCIÓN: | CL 39 I NO 68 I 72 SUR | TELÉFONO: | 2304692 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Personas Naturales sin Actividad |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

### DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | 1722965654 | TIPO DE PLANILLA: | I-INDEPENDIENTES | | |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS SUBSISTEMAS: | MES: octubre | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES: | octubre | |
| | AÑO: 2019 | | AÑO: | 2019 | |
| DÍAS DE MORA: | 0 | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2019/10/07 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 847 | | |

### LIQUIDACIÓN GENERAL

| | | | TOTALES | |
|---|---|---|---|---|
| | | | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| **PENSIÓN** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 800224808 | 230301 | 230301-PORVENIR | 1 | $ 185.500 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 185.500** |
| **SALUD** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 800251440 | EPS005 | EPS005-SANITAS S.A. | 1 | $ 144.900 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 144.900** |
| **CAJA DE COMPENSACIÓN** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 860066942 | CCF24 | CCF24-COMPENSAR | 1 | $ 23.200 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 23.200** |
| **RIESGOS PROFESIONALES** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 860002503 | 14-7 | 14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A. | 1 | $ 28.300 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 28.300** |

180 HORAS
$ 2 897.280

| | |
|---|---|
| **TOTAL PAGADO:** | **$ 381.900** |

$358.700