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
0				
2	$ 2.897.280	2304	01/10/2019	30/11/2019
3	$ 2.897.280	2792	18/10/2019	30/11/2019
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
10	NOVIEMBRE	$ 2.897.280	$ 358.700	1723339511
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	$ 26.050.320	$ 26.050.320	$ 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 AUTÓNOMA, 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:** 2019-11-01 **Hasta:** 2019-11-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	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

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

Karem J. Jutinico M.
Firma del Contratista

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:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	**1723339511**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES	
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	noviembre	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	noviembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2019	SALUD:	AÑO:	2019
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2019/11/07	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		4360

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