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
4	$ 3.090.432	3175	01/12/2019	31/12/2019

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
11	DICIEMBRE	$ 2.897.280	$ 353.600	1723780781
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	$ 29.140.752	$ 28.947.600	$ 193.152

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:** 2019-12-01 **Hasta:** 2019-12-31

	OBLIGACIONES ESPECIFICAS (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
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

PO IDENTIFICACIÓN: CEDULA DE CIUDADANIA NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1030629383
OMBRE O RAZÓN SOCIAL: KAREM JUDITH JUTINICO MARTINEZ
UDAD/MUNICIPIO: BOGOTA DISTRITO CAPITAL DEPARTAMENTO: BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
RECCIÓN: CL 39 I NO 68 I 72 SUR TELÉFONO: 2304592
PO APORTANTE: 02-INDEPENDIENTE CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
PO EMPRESA: PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA: Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
ORMA DE PRESENTACIÓN: ÚNICO
PORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA: 1723780781 TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS MES diciembre AÑO 2018 PERIODO COTIZACIÓN SALUD: MES diciembre AÑO 2018
DÍAS DE MORA: 0
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): 2019/12/10 NÚMERO AUTORIZACIÓN: 2045

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA CODIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
501	230501-PORVENIR	1	$ 165.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 165.500	$ 0	$ 165.500
TOTALES:										$ 165.500	$ 0	$ 165.500

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA CODIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN UPC	MORA COTIZACIÓN	MORA UPC	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
1005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 144.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 144.900	$ 0	$ 0	$ 144.900
TOTALES:													$ 144.900	$ 0	$ 0	$ 144.900

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA CODIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP VALOR	INCAPACIDAD IRP PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
7	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 28.300	$ 28.300	$ 0	$ 0	$ 28.300
TOTALES:									$ 28.300	$ 0	$ 0	$ 28.300

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA CODIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
24	CCF24-COMPENSAR	1	$ 23.200	$ 0	$ 23.200
TOTALES:			$ 23.200	$ 0	$ 23.200

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE: IDENTIFICACION	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	NOVEDADES: SAL INTEGRAL	EXTRANJERO	COLOMBIANO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
CC 1030629383	JUTINICO MARTINEZ KAREN JUDITH	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE		$ 1.159.949				NO																

SEGURIDAD SOCIAL: PENSION ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
230501-PORVENIR	30	$ 1.159.949	$ 165.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 165.500

SALUD ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE
EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.159.949	$ 144.900	$ 0	$ 144.900

ARP ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	30	$ 1.159.949	1030629383	$ 28.300

PARAFISCALES	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
	30	$ 1.159.949	CCF24-COMPENSAR	$ 23.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

HORAS 180
$ 2.897.280

TOTAL	$ 381.900

$353.600