

I. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: PS 3013 2019 C.D.P. No.: 109 Proceso al que pertenece: SERVICIOS COMPLEMENTARIOS
Unidad a la que pertenece: BAJA COMPLEJIDAD
Nombre del Contratista: AMELIA MARIA SEVERICHE GIL C.C. 22.884.853 de: SAN JUAN DE BETULIA
Fecha Inicio: 2019-01-01 Fecha Terminación inicial: 2019-07-31 Valor Mensual: \$ 2.639.744 Valor a cobrar: \$ 2.478.784

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	\$ 5.451.360	1756	2019-07-15	2019-10-01
2	\$ 2.897.280	2333	2019-10-02	2019-11-30
3	\$ 2.897.280	2792	2019-12-01	2019-12-31
4				
5				
6				
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	FEBRERO	\$ 2.558.400	\$ 317.300	8333036437
2	MARZO	\$ 2.558.400	\$ 318.200	33302697
3	ABRIL	\$ 2.558.400	\$ 316.900	33915318
4	MAYO	\$ 2.745.600	\$ 347.800	34844636
5	JUNIO	\$ 2.340.000	\$ 294.000	35355343
6	JULIO	\$ 2.808.000	\$ 347.800	35960709
7	AGOSTO	\$ 2.639.744	\$ 360.700	36705112-8337006869
8	SEPTIEMBRE	\$ 2.800.704	\$ 358.700	37400648
9	OCTUBRE	\$ 2.446.592	\$ 358.700	37702980
10	NOVIEMBRE	\$ 2.478.784	\$ 358.700	38371822
11				
12				
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
	\$ 15.912.000	\$ 27.157.920	\$ 25.934.624	\$ 1.223.296

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

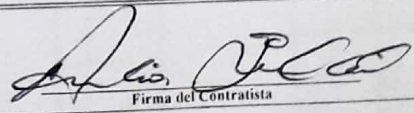
OBJETO DEL CONTRATO

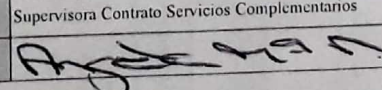
PRESTAR SUS SERVICIOS PERSONALES DE APOYO, EN SU CONDICION DE PROFESIONAL EN FISIOTERAPIA, PARA LA EJECUCION DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LOS DIFERENTES SERVICIOS CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Relación de actividades para el periodo:	Desde: 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 OBLIGACION	
1) Realizar las actividades diagnósticas y terapéuticas para el manejo de patologías establecidas dentro del plan integral de cada paciente.	Realizar las valoraciones y atención terapéutica pertinente.	
2) Realizar la atención de enfermería a usuarios con alteraciones en el desarrollo psicomotor, y pacientes que presentan deficiencia en su sistema.	Diligenciar los formatos de manera adecuada de acuerdo a las normas establecidas.	
3) Realizar las valoraciones de los pacientes de interconsultados de los diferentes servicios.	Diligenciar los formatos de manera adecuada de acuerdo a las normas establecidas.	
4) Realizar tratamiento y seguimiento a los pacientes valorados.	Seguir guía e instructivos y protocolos establecidos por el servicio.	
5) Dar pautas de manejo a las madres y/o familiares de los pacientes valorados.	Dar indicaciones y recomendaciones para la terapia.	
6) Ejecución del plan individual de rehabilitación y/o intervención, en relación a las actividades individuales y/o grupales definidas para el usuario ambulatorio u	Seguir con indicaciones de manual de bioseguridad vigente.	
7) Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes.	Diligenciar los formatos de manera adecuada de acuerdo a las normas establecidas.	
8) Realizar el seguimiento de la familia o cuidador de los pacientes que debe seguir, al inicio de su proceso de rehabilitación/rehabilitación y posterior a la ejecución del	Dar indicaciones y recomendaciones para manejo en casa.	
9) mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la normatividad vigente y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los	diligenciar los formatos de manera adecuada de acuerdo a la normatividad.	
10) Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.	Reporte en bitácora e intranet.	

Observaciones: SE CERTIFICAN 154 HORAS

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


Firma del Contratista
C.C. 22.884.853 de SAN JUAN DE BETULIA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	ANGELA MARIA MENDOZA
CARGO:	Supervisora Contrato Servicios Complementarios
FIRMA	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLADOS unc
					1 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2019-10	2019-10	1	12/11/2019	38371822	\$358.700

L

Downloaded from <http://www.cambridge.org/core>. University of Cambridge, on 02 Jun 2018 at 12:01:00, subject to the Cambridge Core terms of use, available at <http://www.cambridge.org/core/terms>. <https://doi.org/10.1017/9781315336435.008>

1

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

1

ITEM	UNIDAD	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
TOTALES CAJAS				

1

5

[illegible]58.700

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



DATOS DEL APORTANTE					
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCION	TELÉFONO	CORREO
CC	22884853	AMELIA MARIA SEVERICHE GIL	CALLE 60D N 18 - 14	5678513	ame_957@hotmail.com
FORMA DE PRESENTACION	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CODIGO	DEPARTAMENTO	CUIDAD / MUNICIPIO
UNICA	1 - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D. C.
					EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
					NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLERADOS UNIC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2019-10	2019-10	1	12/11/2019	38371822	TOTAL A PAGAR \$358.700

PORTOTIZANTE

INFORMACION COTIZANTE		INFORMACION NOVEDADES		PENSION						SALUD		RIESGOS LABORALES		CCF		PARAFISCALES																											
Apellido y Nombre	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Edad, exterior	Exonerado	NO	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IDE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	Corrección	Cot AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo de pensional de solidaridad	Fondo de pensional de subsistencia	Cod EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cod ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SEN	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
SEVERICHE DE AMELIA MARIA	56	0			N																231001	1.158.915	785.500	0	0	0	0	0	EPS010	1.158.915	144.900	14-7	1.158.915	3	28.300		0	0	0	0	0	0	0