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

CODIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 01
FECHA: 2017-07-07

1. 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 incial:** 2019-07-31 **Valor Mensual:** $ 2.639.744 **Valor a cobrar:** $ 2.704.128

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	$ 2.543.168	2782	2019-12-01	2019-12-31
5	$ 2.446.592	3173	2019-12-01	2019-12-31
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	83330364[illegible]
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	36705112-83370068[illegible]
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	DICIEMBRE	$ 2.704.128	$ 358.700	39007506
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	$ 32.147.680	$ 28.638.752	$ 3.508.928

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 L[illegible] NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2019-12-01 **Hasta:** 2019-12-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACION
1	1) Realizar las actividades diagnósticas y terapéuticas para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de cada paciente	Realizar las valoraciones y atencion terapeutica pertinente.
2	2) Realizar valoración a usuarios con afectaciones 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	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	4) Realizar tratamiento y seguimiento a los pacientes valorados.	Seguir guia e instructivos y protocolos establecidos por el servicio.
5	5) Dar pautas de manejo a las madres y/o familiares de los pacientes valorados	Dar indicaciones y recomendaciones para la terapia.
6	6) Ejecución del plan individual de habilitación / rehabilitación, en relación a las actividades individuales y/o grupales definidas para el usuario ambulatorio u	Seguir con indicaciones de manual de bioseguirdad vigente.
7	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	8) Informar al usuario, su familia y cuidador las actividades que debe seguir, al inicio de su proceso de habilitación/rehabilitación y posterior a la ejecución del	Dar indicaciones y recomendaciones para manejo en casa.
9	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	10) Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.	Reporte en bitacora e intranet.

Observaciones: SE CERTIFICAN 168 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	

Scanned by CamScanner

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	22884853	AMELIA MARIA SEVERICHE GIL		CALLE 60D N 18 - 14	5678513	ame_957@hotmail.com	
FORMA SENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2019-11	2019-11	I	10/12/2019	39007596	TOTAL A PAGAR	
					$358.700	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

o 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					
5010	EPS Sura	800088702-2	144.900	0		0		0	0	0	0	144.900	1

TOTALES PENSIÓN

o 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
001	Colfondos	800227940-6	185.500	0	0	0	0	0	0		185.500	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

o 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										
-7	Seguros Bolívar S.A.	860002503-2	28.300				28.300	0	0	28.300			283	28.300	1

TOTALES CAJAS

go CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

r 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	144.900	144.900
Pensión	1	185.500	185.500
Riesgos Laborales	1	28.300	28.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	358.700	358.700

Scanned by CamScanner

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	22884853	AMELIA MARIA SEVERICHE GIL		CALLE 60D N 18 - 14	5678513	ame_957@hotmail.com	
FORMA ENTACIÓN	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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2019-11	2019-11	I	10/12/2019	39007596	$358.700	

OR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE					INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
SEVERICHE GIL AMELIA MARIA	59	0			N														231001	1.158.915	185.500	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

PAGADA

Scanned by CamScanner