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-011
VERSIÓN: 01
FECHA: 2017-07-07

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	1278 2019	**C.D.P. No.:**	109	**Proceso al que pertenece:**	ASISTENCIAL
				Unidad a la que pertenece:	SAN BLAS

Nombre del Contratista: NORMA MARTINEZ AGUIRRE **C.C.** 51 816 618 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2019/01/02 **Fecha Terminación Inicial:** 2019/31/07 **Valor Mensual:** $ 2 993 856 **Valor a cobrar:** $ 2 993 856

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 5 338 464	1756	1408 2019	30 09 2019
2	$ 3 090 432	2304	2019-10-01	2019-11-03
3	$ 2 607 552	2792	2019-12-01	2019-12-31
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NUMERO DE PLANILLA
1	FEBRERO	$ 2 620 800	$ 399 100	8488898389
2	MARZO	$ 2 901 600	$ 399 100	8490209308
3	ABRIL	$ 2 808 000	$ 398 700	8491278264
4	MAYO	$ 2 995 200	$ 397 500	8492667100
5	JUNIO	$ 2 995 200	$ 397 300	8492328596
6	JULIO	$ 2 901 600	$ 373 300	8493756890
7	AGOSTO	$ 2 897 280	$ 397 300	8494867081
8	SEPTIEMBRE	$ 2 800 704	$ 373 800	8495973258
9	OCTUBRE	$ 2 993 856	$ 373 800	8497349644
10	NOVIEMBRE	$ 2 993 856	$ 373 500	8498266952
11				
12				
13				
14				
15				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 17.971.200	$ 29.007.648	$ 28.908.096	$ 99.552

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SUS SERVICIOS PERSONALES Y PROFESIONALES EN SU CONDICION DE TERAPEUTA RESPIRATORIA PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES Y DEMAS ASIGNADAS EN LOS DIFERENTES SERVICIOS Y EN LAS UNIDADES

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2019-01-11 **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 diagnosticas y terapeuticas para el manejo de patologias establecidos dentro del plan integral de cada paciente	Se realizan actividades tales como toma de gases arteriales de acuerdo a orden medica
2	Realizar el manejo integral a los pacientes hospitalizados, en las unidades de cuidado critico, intermedio y/o sala ERA 26 SALA ERA	Se realizan micronebulizaciones ordenadas a los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intermedios Se realizan acciones propias en el servicio de Sala Era
3	Realizar tratamiento y seguimiento a los pacientes valorados. 14 SEGUIMIENTOS	llevar un seguimiento de control sobre el actual estado de los pacientes atendidos
4	dar pautas de manejo y educacion a las madres o familiares de los paciente valorados	dar un manejo educativo de conocimiento a los padrea de familia para evitar enfermedad respiratoria y como identificarlas
5	velar por el uso racional de los elementos de terapia respiratoria	cuidar los elementos de terapia respiratoria
6	realizar los seguimientos telefonicos a pacientes menores de 5 años con dx de ERA atendidos e hospitalizacion urgencias consulta	realizar los seguimientos de pacientes identificados con ERA en los servicios
7	control de oximetria en pacientes del programa cronicos de oxigeno domiciario del hospital	realizar control de oximetrias en pacientes cronicos con oxigeno domiciario
8	elaborar las estadisticas diarias de actividades que se realizan y el consolidado mensual para ser entregado en forma oportuna	realizar las estadisticas e informes segun los estipulado
9	cumplir con las exigencias legales y eticas para para adecuado manejo de la historia clinica de los pacientes	tener reserva de los datos y manejo consignados en la historia clinica
10	Participar en las actividades de revista, caso clinico con el fin de evaluar en caso de ser necesario ajustar el plan individual	rehabilitacion del usuario hospitalizado

Se anexa certificacion de pago a Salud, pension y ARL
En caso de tener contrato nuevo se debe anexar tambien la certificacion bancaria con la primera cuenta de cobro

Firma del Contratista

C.C. 51 816 618 **de** Bogota

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS

NOMBRE:	Dra ANGELA MENDOZA
CARGO:	LIDER APOYO TERAPEUTICO Y REHABILITACION SUBRED CENTRO ORIENTE
FIRMA	

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 51816618		MARTINEZ AGUIRRE NORMA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 12 C N 71 C 30 9 APTO 701	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8101379	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2019-10	2019-10	8498266952	8498266952	I	2019/11/07	2019/11/14	BANCO BOGOTA	7	$397,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,200,000	$192,000			$1,200,000	$150,000			$1,200,000	$24,000			$1,200,000	$29,300		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,200,000	$192,000			$1,200,000	$150,000			$1,200,000	$24,000			$1,200,000	$29,300		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,200,000	$192,000			$1,200,000	$150,000			$1,200,000	$24,000			$1,200,000	$29,300		$0	$0
1	CC 51816618	MARTINEZ NORMA	230301	30	$1,200,000	$192,000	EPS008	30	$1,200,000	$150,000	CCF24	30	$1,200,000	$24,000	14-11	30	$1,200,000	$29,300	30	$0	$0
Total Afiliados(1)					$1,200,000	$192,000			$1,200,000	$150,000			$1,200,000	$24,000			$1,200,000	$29,300		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 51816618		MARTINEZ AGUIRRE NORMA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 12 C N 71 C 30 9 APTO 701	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8101379	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2019-10	2019-10	8498266952	8498266952	I	2019/11/07	2019/11/14	BANCO BOGOTA	7	$397,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$192,000	$1,000	$0	$193,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$192,000	$1,000	$0	$193,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$29,300	$200	$0	$29,500
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$29,300	$200	$0	$29,500
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$24,000	$200	$0	$24,200
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$24,000	$200	$0	$24,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$150,000	$800	$0	$150,800
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$150,000	$800	$0	$150,800
TOTAL				1	$395,300	$2,200	$0	$397,500