

do Pensión: Diciembre 2019. Periodo Salud: Diciembre 2019.

Enero 15 de 2020 / 8:2

Planillas > Resumen de pago

Planillas / Resumen de pago

Información básica de la planilla

Empresa:	AMELIA MARIA SEVERICHE GIL	Nit:	22884853
Tipo planilla:	I	Periodo liquidación Pensiones	Diciembre 2019
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	Periodo liquidación Salud:	Diciembre 2019
Número de radicación:	39657483	Total a pagar:	\$338,800
Fecha de vencimiento:	15/01/2020	Total de empleados:	1
Fecha de pago:	27/12/2019	Número de administradoras:	3

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	Nit recaudo:	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	Medio de pago:	Pago Electronico por PSE
Banco:	BANCO DE BOGOTA	Número de aprobación:	541026198
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Totales

Código	NIT	Administradoras	No. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total pagado
14-7	860002503	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	1		\$0.00	\$26,700
231001	800227940	Colfondos	1		\$0.00	\$175,200
EPS010	800088702	EPS Sura	1		\$0.00	\$136,900
						\$338,800

*Si descuenta incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos

[Ver planillas pagadas](#)

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

[Exportar reporte a Excel](#) [Exportar reporte a PDF](#)

[Imprimir transacción](#)

<https://www.miplanilla.com/>

Todos los derechos reservados © 2020 - Compensar - Canel S.A.

 **compensar** | [miplanilla.com](https://www.miplanilla.com/)

Comfenalco Valle
del agente

certicámara

Powered by  **Canel**  **Edinet**

Agencia de los
certificados SBL



Miplanilla.com - Gestión y pago de la Planilla Integral de Liquidación de Aportes (PILA) - Colombia

Su dirección IP actual es: 188.154.209.130

Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

Nº CONTRATO - OPS:	PS 3013 2019	C.D.P. No.:	109	Proceso al que pertenece:	SERVICIOS COMPLEMENTARIOS
Nombre del Contratista:	AMELIA MARIA SEVERICHE GIL			Unidad a la que pertenece:	BAJA COMPLEJIDAD
Fecha Inicio:	2019-01-01	Fecha Terminación inicial:	2019-07-31	C.C.	22.884.853
				de:	SAN JUAN DE BETULIA
				Valor Mensual:	\$ 2.639.744
				Valor a cobrar:	\$ 2.671.936

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	\$ 2.478.784	3490	2020-01-01	2020-01-31
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	DICIEMBRE	\$ 2.704.128	\$ 358.700	39007596
12	ENERO	\$ 2.671.936	\$ 338.800	39657483
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	\$ 34.626.464	\$ 31.310.688	\$ 3.315.776

2. INFORME DE ACTIVIDADES REALIZADAS Y AVANCE EN CUMPLIMIENTO DEL 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: 2020-01-01 Hasta: 2020-01-31

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 las actividades de 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 grupales definidas para el usuario ambulatorio u 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 los pacientes que se encuentran en proceso de 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 166 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: 