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 CONTRATACIÓN
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 04
FECHA: 2024-02-22

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 1476 2024	**C.D.P. No.:**	140	**Proceso que pertenece:**	SERVICIOS AMBULATORIOS
				Servicio al que pertenece:	BAJA COMPLEJIDAD
				Unidad a la que pertenece:	CAPS ANTONIO NARIÑO

Nombre del Contratista: AMELIA MARIA SEVERICHE GIL **C.C.** 22,884,853 **de:** SAN JUAN DE BETULIA

Fecha Inicio: 2024-01-21 **Fecha Terminación inicial:** 2024-03-20 **Valor Mensual:** $ 3,597,312 **Valor a cobrar:** $ 3,541,104

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 3,597,312	934	2024-03-21	2024-04-20
2	$ 3,672,256	1261	2024-04-21	2024-05-20
3	$ 4,896,341	1618	2024-05-21	2024-06-30
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

N° CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO PLANILLA
1	ENERO	$ 843,120	$ 475,200	73596462	17/01/2024
2	FEBRERO	$ 3,541,104	$ 476,800	74335988	19/02/2024
3	MARZO	$ 3,597,312	$ 474,100	75110351	11/03/2024
4	ABRIL	$ 3,484,896	$ 474,100	75879390	10/04/2024
5	MAYO	$ 3,541,104	$ 445,300	76697998	10/05/2024
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 7,194,624	$ 19,360,533	$ 15,007,536	$ 4,352,997

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO FISIOTERAPEUTA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2024-05-01 **Hasta:** 2024-05-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUTO O EVIDENCIA
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.	HISTORIA CLINICA
2	2) Realizar evaluaciones e intervención a usuarios con alteraciones en el desarrollo psicomotor, y pacientes que presentan deficiencia en su sistema osteomuscular y neurológico	Diligenciar los formatos de manera adecuada de acuerdo a las normas establecidas.	HISTORIA CLINICA
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.	HISTORIA CLINICA
4	4) Realizar tratamiento y seguimiento a los pacientes valorados.	Seguir guía e instructivos y protocolos establecidos por el servicio.	HISTORIA CLINICA
5	5) Dar pautas de manejo a las madres y/o familiares de los pacientes valorados	Dar indicaciones y recomendaciones para la terapia.	PLAN CASERO
6	6) Realizar la ejecución del plan individual de habilitación / rehabilitación, en relación a las actividades individuales y/o grupales definidas para el usuario ambulatorio u hospitalizado y de acuerdo a las características del servicio	Seguir con indicaciones de manual de bioseguirdad vigente.	NO APLICA
7	7) Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clinica de los pacientes	Diligenciar los formatos de manera adecuada de acuerdo a las normas establecidas.	HISTORIA CLINICA
8	8) Informar al usuario, su familia o cuidador las actividades que debe seguir, al inicio de su proceso de habilitación/rehabilitación muscular y cardiaca posterior a la ejecución del plan de intervención o su egreso	Dar indicaciones y recomendaciones para manejo en casa	PLAN CASERO
9	9) Llevar registro de la atención de las actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la normatividad vigente y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación	Llevó registro de la atención de las actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la normatividad vigente y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación	Formato control estadistica y formato de facturación
10	10) Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.	Reporte en bitacora e intranet.	NO APLICA
11	11) Direccionar y7o asignar plan casero o actividades para realizar en casa a los pacientes que lo requieran y que han sido atendidos.	Diligenciar formatos de planes caseros.	PLAN CASERO

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.	Realizar Notificación de 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.	Reporte sucesos de seguridad del paciente
13	13) velas por el seguimiento de las normas de bioseguridad, salud ocupacional y gestion ambiental.	Seguir con indicaciones de manual de bioseguirdad vigente.	Lista de chequeo de utilizaciòn de elementos de protecion personal
14	14) Velar porque la atenciòn sea humana, eficaz, calida con todos y cada uno de los usuarios que requieran el servicio.	Se realiza protocolo de bienvenida, con atencion humana, eficaz y calida.	HISTORIA CLINICA
15	15) Desarrollar las actividades para el fortalecimiento de los centros de atencion primarios (CAPS) cuando aplique.	Se realizan terapias fisicas en en Centro de Salud Antonio Nariño	HISTORIA CLINICA
16	16) Portar el carnet institucional de la SUBRED durante la ejecucion de las actividades contractuales.	Se portara el carnet durante las actividades.	NO APLICA
17	17) Prestar el servicio de conformidad con la programacion de agenda acordada con el supervisor del contrato, para el desarrollo de sus actividades.	Verificacion en RIPS de consulta y agendas en dinamica	RIPS y agenda

Observaciones: 189 horas

Nota: Es deber contractual anexar la certificación del pago a Salud, pensión y ARL. En caso de tener contrato nuevo adjuntar el soporte de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud como cotizante y afiliación a pensión., Teniendo en cuenta que con la implementación del Decreto 1273 de 2018 el pago de aportes se hace de manera vencida de acuerdo con las fechas establecidas en el Decreto 1990 de 2016.

Firma del Contratista

C.C. 22,884,853 **de** SAN JUAN DE BETULIA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATO

NOMBRE:	JULI PAOLA NEIRA BAUTISTA
CARGO:	DIRECTORA DE SERVICIOS AMBULATORIOS
FIRMA	

V.B.

Cuenta de cobro 005

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Nit. 900.959.051-7

DEBE A:

AMELIA MARÍA SEVERICHE GIL
C.C. 22.884.853 de San Juan de Betulia

LA SUMA DE:

Tres millones quinientos cuarenta y un mil ciento cuatro pesos
($ 3,541,104)

Por concepto de:

- Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No PS 1476 de 2024 correspondiente a 1 al 31 de mayo de 2024.

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO FISIOTERAPEUTA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Horas Certificadas: 189 Horas.

Cordialmente,

AMELIA MARÍA SEVERICHE GIL
C.C. 22.884.853
Teléfono 3176560852 Dirección Calle 60D Nº18-14 Sur
No Cuenta 102644176 ahorros Banco de Bogotá

31/05/ 2024

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 SUR	5678513	ame.severiche@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	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	
2024-04	2024-04	I	10/05/2024	76697998	$474.100	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código 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					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	179.900	0		0		0	0	0	0	179.900	1

TOTALES PENSIÓN											
Código 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
231001	Colfondos	800227940-6	230.300	0	0	0	0	0	0		230.300	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código 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										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	35.100				35.100	0	0	35.100			351	35.100	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	28.800	0	0	28.800	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor 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	179.900	179.900
Pensión	1	230.300	230.300
Riesgos Laborales	1	35.100	35.100
CCF	1	28.800	28.800
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	474.100	474.100

PAGADA

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

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 SUR	5678513	ame.severiche@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	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: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2024-04	2024-04	I	10/05/2024	76697998	$474.100

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiza exterior	Exonerado	Mod	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
1	CC	22884853	SEVERICHE GIL AMELIA MARIA	59	0			N																	231001	1.439.000	230.300	0	0	0	0	EPS010	1.439.000	179.900	14-7	1.439.000	3	35.100	CCF24	1.439.000	28.800	0	0	0	0	0

PAGADA

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