

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	22884853	AMELIA MARIA SEVERICHE GIL	CALLE 600 N 18 - 14	5678513	ame_957@hotmail.com	
FORMA DE REPRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
UNICA	1 - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D. C.	

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
2020-02	2020-02	I	09/03/2020	41173404	\$353.100

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
go 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	142.700	0		0		0	0	0	0	142.700	1

TOTALES PENSIÓN												
go 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
1001	Colfondos	800227940-6	182.600	0	0	0	0	0	0		182.600	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
go 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										
4-7	Seguros Bolívar S.A.	860002503-2	27.800				27.800	0	0	27.800			278	27.800	1

TOTALES CAJAS							
digito CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
go 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	142.700	142.700
Pensión	1	182.600	182.600
Riesgos Laborales	1	27.800	27.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	353.100	353.100

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAMES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UNC
					1	0
PERIODO SALUD					TOTAL A PAGAR	
2020-02	2020-02	1	09/03/2020	41173404	\$353,100	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAMES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UNC
					1	0
PERIODO SALUD					TOTAL A PAGAR	
2020-02	2020-02	1	09/03/2020	41173404	\$353,100	

INFORMACIÓN COLABORANTE						INFORMACIÓN NOVEDADES								PENSION				SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES													
Apellidos y Nombres		Colaborante	Sustituto	Extranjero	Comod. exterior	Estratificado	MIG	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IDE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IDC AFP	Calificación	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IDC EPS	Calificación/ Valor UPC	Cód. ARL	IDC ARL	Clase de Riesgo	Calificación CCF	Código IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	SEVERICHE CARLA AMELIA MARIA	59	0		N																	231001		1.141.000	142.600	0	0	0	0	EP5010	1.141.000	142.700	14.7	1.141.000	3	27.800	0	0	0	0	0	0	0

[illegible]

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 3305 2020	C.D.P. No.:	13	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:	2020-02-01	Fecha Terminación inicial:	2020-07-31	Valor Mensual:	\$ 2.639.744
				Valor a cobrar:	\$ 2.851.588

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1				
2				
3				
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	\$ 2.851.588	\$ 353.100	40483065
2	MARZO	\$ 2.884.746	\$ 353.100	41173404
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
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
	\$ 16.910.580	\$ 16.910.580	\$ 5.736.334	\$ 11.174.246

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

OBJETO DEL CONTRATO

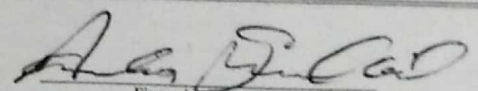
PRESTAR SUS SERVICIOS PERSONALES DE APOYO, EN SU CONDICION DE PROFESIONAL EN FISIOTERAPIA, PARA LA EJECUCION DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LOS DIFERENTES SERVICIOS CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Relación de actividades para el periodo: Desde: 2020-03-01 Hasta: 2020-03-31

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
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 evaluaciones e intervenciones 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) Realizar 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 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 174 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	