

**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-1A-FT-014  
**VERSIÓN:** 02  
**FECHA:** 2020-05-04

---

**I. 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 SIERRA GIL** C.C.: **22.884.853** de: **SAN JUAN DE BUENA VISTA**

Fecha Inicio: **2020-02-01** Fecha Terminación Incl.: **2020-07-31** Valor Mensual: **\$ 2.639.744** Valor a cobrar: **\$ 3.017.378**

---

| ADICIÓN/OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP  | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|-----------------|---------------|------|-----------------|----------------------|
| 1               | \$ 2.652.640  | 2101 | 2020-08-01      | 2020-08-31           |
| 2               | \$ 2.884.746  | 2713 | 2020-09-01      | 2020-09-30           |
| 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      | ENERO                  | \$ 2.851.588  | \$ 353.100                  | 40483065           |
| 2      | MARZO                  | \$ 2.884.746  | \$ 353.100                  | 41173404           |
| 3      | ABRIL                  | \$ 2.520.008  | \$ 353.100                  | 41618993-42136999  |
| 4      | MAYO                   | \$ 2.520.008  | \$ 353.100                  | 42481396           |
| 5      | JUNIO                  | \$ 2.652.640  | \$ 204.800                  | 42971897           |
| 6      | JULIO                  | \$ 3.017.378  | \$ 334.200                  | 43865203           |
| 7      | AGOSTO                 | \$ 2.619.482  | \$ 373.600                  | 44578711           |
| 8      | SEPTIEMBRE             | \$ 3.017.378  | \$ 324.900                  | 45244454           |
| 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              | \$ 22.447.966            | \$ 22.083.228    | \$ 364.738         |

---

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

**OBJETO DEL CONTRATO**

PRESTAR SUS SERVICIOS PERSONALES Y PROFESIONALES, EN SU CONDICIÓN DE TERAPISTA FÍSICA, PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES Y DEMÁS ASIGNADAS EN LOS DIFERENTES SERVICIOS Y EN LAS UNIDADES QUE SE REQUIERA, CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Relación de actividades para el periodo: Desde: **2020/09/01** Hasta: **2020/09/30**

---

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS<br>(Las consignadas en la minuta)                                                                                                                                                                                                               | DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                          | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERÍODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN                                                                                                                                                                                           | PRODUCTO O EVIDENCIA                                                |
| 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                                                                                                                                                                                                          | HISTORIA CLINICA                                                    |
| 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) 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) Realizar tratamiento y seguimiento a los pacientes valorados                                                                                                                                                                                                          | Seguir guía e instructivos y protocolos establecidos por el servicio                                                                                                                                                                                                 | HISTORIA CLINICA                                                    |
| 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) Realizar la ejecución del plan individual de rehabilitación / 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 bioseguridad vigente                                                                                                                                                                                                            | NO APLICA                                                           |
| 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                                                                                                                                                                                     | HISTORIA CLINICA                                                    |
| 8) Informar al usuario, su familia o cuidador las actividades que debe seguir, al inicio de su proceso de rehabilitación/rehabilitación y posterior a la ejecución del plan de intervención o su egreso                                                                  | Dar indicaciones y recomendaciones para manejo en casa                                                                                                                                                                                                               | PLAN CASERO                                                         |
| 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 estadística y formato de facturación                |
| 10) Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente                                                                                                                                                           | Reporte en bitácora e intranet                                                                                                                                                                                                                                       | NO APLICA                                                           |
| 11) 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) Notificar los sucesos de calidad que se presentan en el servicio como participar en los análisis a los que se han convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio                                                                          | Realizó Notificación de los sucesos de calidad que se presentan en el servicio, participar en los análisis a los que se ha convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio                                                                 | Reporte sucesos de seguridad del paciente                           |
| 13) Cumplir con las normas de bioseguridad                                                                                                                                                                                                                               | Seguir con indicaciones de manual de bioseguridad vigente                                                                                                                                                                                                            | Lista de chequeo de utilización de elementos de protección personal |
| 14) Apoyar actividades relacionadas con el proceso de acreditación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.                                                                                                                                    | Se realizan actividades de apoyo para la acreditación de la subred centro oriente                                                                                                                                                                                    | Actas de reuniones de acreditación                                  |

---

Observaciones: **SE CUMPLIÓ CON 162 HORAS.**

Se anexa certificación de pago a Salud, pension 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 BUENA VISTA**

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS |                                                |
|-------------------------------------|------------------------------------------------|
| NOMBRE:                             | ANGELIA MARIA MENDOZA                          |
| CARGO:                              | SUPERVISORA CONTRATO SERVICIOS COMPLEMENTARIOS |
| FIRMA:                              |                                                |

Último ingreso exitoso: 2020-09-25 / 08:46:19 AM | Último ingreso fallido: 2020-04-24 / 04:48:33 PM

|       |           |           |            |          |           |                       |       |
|-------|-----------|-----------|------------|----------|-----------|-----------------------|-------|
| Datos | Empleados | Planillas | Documentos | Reportes | Cesantías | Pensiones Voluntarias | Salir |
|-------|-----------|-----------|------------|----------|-----------|-----------------------|-------|

Periodo Pensión: Agosto 2020. Periodo Salud: Agosto 2020.

Septiembre 25 de 2020 / 8:47 AM

[Inicio](#) > [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 | Agosto 2020 |
| Sucursal o Dependencia: | PRINCIPAL                  | Periodo liquidación Salud:    | Agosto 2020 |
| Número de radicación:   | 45244454                   | Total a pagar:                | \$324,900   |
| Fecha de vencimiento:   | 11/09/2020                 | Total de empleados:           | 1           |
| Fecha de pago:          | 09/09/2020                 | 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: | 736914526                |
| 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                                       | \$25,600     |
| 231001 | 800227940 | Colfondos                    | 1             |                                              | \$0.00                                       | \$168,000    |
| EPS010 | 800088702 | EPS Sura                     | 1             |                                              | \$0.00                                       | \$131,300    |
|        |           |                              |               |                                              |                                              | \$324,900    |

\*Si descontó 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 - Cenet S.A.



Powered by

Acerca de los certificados SSL

CC-SI005-1