Centro Oriente E S E

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E S E
APOYO – GESTION DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CÓDIGO: AP 1A-FT-014
VERSION: 02
FECHA: 2020-05-04

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 330S 2020	C.D.P. No.:	13	Proceso al que pertenece:	SERVICIOS COMPLEMANTARIOS
				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: $ 2.639.741 Valor a cobrar: $ 3.332.379

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICION	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	$ 3.150.010	3207	2020-10-01	2020-10-31
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	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	OCTUBRE	$ 3.332.379	$ 373.600	766144554
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	$ 25.597.976	$ 25.415.607	$ 182.369

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 FISICA, PARA LA EJECUCION DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES Y DEMAS 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

Relacion de actividades para el periodo: Desde: 2020/10/01 Hasta: 2020/10/31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las asignadas en la minuta)	DESCRIPCION DEL DESARROLLO	
		ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1) Realizar las actividades diagnosticas y terapéuticas para el manejo de patologias 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 neurologico	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 guia 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 ejecucion del plan individual de habilitacion / rehabilitacion, en relacion a las actividades individuales y/o grupales definidas para el usuario ambulatorio u hospitalizado y de acuerdo a las caracteristicas del servicio	Seguir con indicaciones de manual de bioseguridad vigente	NO APLICA
7	7) Cumplir con las exigencias legales y eticas 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 y posterior a la creacion 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) Asignar plan casero o actividades para realiza 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 presenta en el servicio como parte apar en los análisis a los que se han convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio	Realizo Notificacion 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) Cumplir con las normas de bioseguridad	Seguir con indicaciones de manual de bioseguridad vigente	Lista de chequeo de utilizacion de elementos de proteccion personal
14	14) Apoyar actividades relacionadas con el proceso de acreditación de la Subred Integradas de Servicios de Salud Centro Oriente E S E	Se realizan actividades de apoyo para la acreditacion de la subred centro oriente	Actas de reuniones de acreditacion

Observaciones: SE CERTIFICAN 201 HORAS

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. 22.884.853 de SAN JUAN DE BETULIA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	ANGELA MARIA MENDOZA
CARGO	SUPERVISOR DE CONTRATO DE APOYO A LOS COMPLEMENTARIOS
FIRMA	

Escaneado con CamScanner

Scanned by CamScanner

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS GENERALES

TIPO	NUMERO	NOMBRE O RAZON SOCIAL	TIPO PRESENTACION (U C S D)	SUCURSAL / DEPENDENCIA	CODIGO
CC	22884853-	AMELIA MARIA SEVERICHE GIL	U ☑ C ☐ S ☐ D ☐		

PERIODOS DE COTIZACION

SALUD MES	SALUD AÑO	PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF MES	PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF AÑO	NUMERO RADICACION	TIPO EMPRESA	CLASE DE APORTANTE	CODIGO ARL	CODIGO OPERADOR
2020	9	2020	4591424		PUBLICA ☐ PRIVADA ☑ MIXTA ☐	PEQUEÑO ☐ GRANDE ☐ INDEPENDIENTE ☑	14-7	83

DIRECCION	CIUDAD/MUNICIPIO	CODIGO	DEPARTAMENTO	CODIGO	TELEFONO	FAX	CORREO ELECTRONICO	ACTIVIDAD ECONOMICA	VALOR NOMINA	TOTAL EMPLEADOS	FECHA DE PAGO (aaaa/mm/dd)	No. AUTORIZACION
CALLE 60D N 18 - 14 SUR	BOGOTÁ, D.C.	11001	BOGOTÁ, D.C.	11	5678513		ame.severiche@gmail.com	8692	0	1	2020/10/06	766144554

TOTAL APORTES DEL PERIODO A SALUD POR ADMINISTRADORA

COD EPS	NIT EPS	COTIZACION OBLIGATOR	UPC ADICIONAL	INCAPACIDADES No.AUTOR	INCAPACIDADES VALOR	LIC.MATERNIDAD No.AUT	LIC.MATERNIDAD VALOR	NETO COTIZAC	DIAS MORA	INTERESES MORA OBL	INTERESES MORA UPC	SUBTOTAL COTIZACION	SUBTOTAL UPC ADIC.	No. RADIC SALDO A FAVOR	SALDO A FAVOR COTIZ OBLIG	SALDO A FAVOR UPC ADICIONAL	TOTAL A PAGAR	No. AFIL.
EPS010	800088702-2	150.900	0		0		0	150.900	0	0	0	150.900	0		0	0	150.900	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A PENSIONES POR ADMINISTRADORA

COD AFP	NIT AFP	COTIZ OBLIGAT	COTIZ VOL AFILIADO	COTIZ VOL APORTANT	FONDO SOLI PENS	DIAS MORA	INTERES MORA COTIZ	INTERES MORA FONDO	TOTAL A PAGAR	No. AFIL.
231001	800227940-6	193.200	0	0	0	0	0	0	193.200	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A CAJAS POR ADMINISTRADORA

COD CCF	NIT CCF	VALOR APORTE	DIAS MORA	INTERESES MORA	TOTAL A PAGAR	No. AFIL.

TOTAL APORTES DEL PERIODO A ICBF Y SENA

CONC	VALOR	DIAS MORA	INT MORA	TOTAL A PAGAR	No. AFIL.
ICBF					
1	0	0	0	0	0
SENA					
1	0	0	0	0	0

TOTAL APORTES DEL PERIODO A RIESGOS LABORALES

COD ARL	NIT ARL	COTIZ OBLIGAT	INCAPACIDADES No.AUTORIZ	INCAPACIDADES VALOR	APORTES OTROS RIESG	VALOR NETO COTIZACION
14-7	860002503-2	29.500		0	0	29.500
DIAS MORA	**INTERES MORA COTI**	**SUBTOTAL APORT COTIZ**	**No. RADICAC SALDO A FAVOR**	**SALDO A FAVOR**	**FONDO SOLIDARIDAD**	**TOTAL A PAGAR**
0	0	29.500		0	295	29.500

NUMERO DE ADMINISTRADORAS REPORTADAS

PENSIONES	1
SALUD	1
RIESGOS LABORALES	1
CAJAS DE COMPENSACION	0
OTRAS	0
TOTAL	3

TOTAL APORTES DEL PERIODO A MIN. EDUCACION

VALOR	DIAS MORA	INT MORA FONDO	TOTAL A PAGAR

TOTAL APORTES DEL PERIODO A ESAP

VALOR	DIAS MORA	INT MORA FONDO	TOTAL A PAGAR

TOTAL A PAGAR POR TIPO ADMINISTRADORA

TOTAL A PAGAR POR TIPO ADMINISTRADORA	ANTES DE IGE,IMAJRP Y MORA	VALOR TOTAL
PENSIONES	193.200	193.200
SALUD	150.900	150.900
RIESGOS LABORALES	29.500	29.500
CCF	0	0
SENA	0	0
ICBF	0	0
ESAP	0	0
MINISTERIO DE EDUCACION	0	0
GRAN TOTAL	373.600	373.600

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

Scanned by CamScanner

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

DATOS DEL AFILIADO							NOVEDADES													VALOR IBC							LIQUIDACION DE APORTES				
Nº	TIPO	NUMERO	APELLIDOS Y NOMBRES	COD EPS	COD AFP	COD CAJA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	NUEVA EPS	NUEVA AFP	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC CAJAS	IBC RIESGOS	S.SOLID. COTIZANTE	EXTRANJERO	COLOMBIANO EN EXTERIOR	COTIZ PENSION	FONDO SOLIDAR. PENSION	APORTE VOLUNT PENSION	COTIZ SALUD	UPC ADICIONAL
1	CC	22884853	SEVERICHE GIL AMELIA MARIA	EPS010	231001								X												1.207.000	1.207.000	0	1.207.000	0			193.200	0	0	150.900	0

Scanned by CamScanner