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 INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 02
FECHA: 2020-05-04

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 3377-2020	**C.D.P. No.:**	13	**Proceso al que pertenece:**	AMBULATORIO
				Unidad a la que pertenece:	SAN CRISTOBAL

Nombre del Contratista: JAIDY JULIETH PEREZ GALINDO **C.C.** 65.758.979 **de:** Ibagué

Fecha Inicio: 2020-02-03 **Fecha Terminación incial:** 2020-07-31 **Valor Mensual:** $ 1.890.006 **Valor a cobrar:** $ 1.890.006

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 497.370	1414	2020-05-18	2020-08-02
2	$ 1.773.953	2101	2020-08-01	2020-08-31
3	$ 2.022.638	2713	2020-09-01	2020-09-30
4	$ 1.890.006	3207	2020-10-01	2020-10-31
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	$ 1.807.111	$ 321.800	7743666908
2	MARZO	$ 1.807.111	$ 321.800	7746213564
3	ABRIL	$ 1.757.374	$ 321.800	7748541038
4	MAYO	$ 1.773.953	$ 321.800	7751836642
5	JUNIO	$ 1.773.953	$ 321.800	7755067988
6	JULIO	$ 2.022.638	$ 321.800	7757690046
7	AGOSTO	$ 1.773.953	$ 321.800	7760952744
8	SEPTIEMBRE	$ 2.022.638	$ 332.600	7763850020
9	OCTUBRE	$ 1.890.006	$ 335.400	7766791483
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
	$ 10.444.770	$ 16.628.737	$ 16.628.737	$ 0

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

OBJETO DEL CONTRATO

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2020-10-01 **Hasta:** 2020-10-31

	OBLIGACIONES ESPECIFICAS (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 .2. Realizar el manejo integral a los pacientes hospitalizados, ambulatorios y urgencias, sala ERA interconsultados.	1. Realizar las actividades diagnósticas y terapéuticas para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de cada paciente .2. Realizar el manejo integral a los pacientes hospitalizados, ambulatorios y urgencias, sala ERA interconsultados. a) Atención en sala ERA institucional (4) b),. Actividades realizadas con pacientes de consulta externa (12)	Revisar Plataforma de Dinamica, s e esta realizando programa de oxigeno domiciliario pacientes prematuros/patologia pulmonar.
2	3. Realizar tratamiento y seguimiento a los pacientes valorados 4. Dar pautas de manejo y educación a las madres y o familiares de los pacientes valorados	3. Realizar tratamiento y seguimiento a los pacientes valorados 4. Dar pautas de manejo y educación a las madres y/o familiares de los pacientes valorados b) Educación en Enfermedades Respiratorias, uso de inhalador + inhalo	Revisar Plataforma de Dinamica, s e esta realizando programa de oxigeno domiciliario
3	5 Velar por el uso racional de los elementos de Terapia respiratoria 6. Realizar los seguimientos telefonicos a pacientes menores de 5 años con dx ERA atendidos en urgencias , hospitalización , consulta externa	5 Velar por el uso racional de los elementos de Terapia respiratoria 6. Realizar los seguimientos telefonicos a pacientes menores de 5 años con dx ERA atendidos en urg-ncias , hospitalización , consulta externa. A) Toma de oximetrias (20)	Se envia semanalmente al correo apoyoterapeutico subred centro oriente las bases de datos
4	7 Control de oximetria en pacientes del programa de crónicos de oxigeno domiciliario del hospital 8. Elaborar la estadistica diaria de las actividades que se realizan y el consolidado mensual para ser entregado el primer dia hábil del mes	7. Control de oximetría en pacientes del programa de crónicos de oxigeno domiciliario del hospital 8. Elaborar la estadistica diaria de las actividades que se realizan y el consolidado mensual para ser entregado el primer dia hábil del mes	Revisar Plataforma de Dinamica, s e esta realizando programa de oxigeno domiciliario
5	9 Cumplir con las exigencias legales y eticas para el adecuado manejo de la historia clinica de los pacientes 10 Participar en las actividades de revista, caso clinico con el fin de evaluar y en caso de ser necesario ajustar el plan individual de habilitación / rehabilitación del usuario ambulatorio u hospitalizado	9. Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clinica de los pacientes 10 Participar en las actividades de revista, caso clinico con el fin de evaluar y en caso de ser necesario ajustar el plan individual de habilitación / rehabilitación del usuario ambulatorio u hospitalizado. a) Uso de elementos de protección personal bioseguridad (30 dias)	Se realizo registro diario de la entrega de elementos de proteccion
6	11. Reportar los eventos de notificacion obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente 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	11. Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente 12. Notificar los sucesos de calidad que se presenten en el servicio, participar en los analisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio	Revisar plataforma del Sivigila
7	13 Cumplir con las normas de bioseguridad 14..Asignar plan casero o actividades para realizar en casa a los pacientes que lo requieran y que han sido atendidos	13 Cumplir con las normas de bioseguridad 14..Asignar plan casero o actividades para realizar en casa a los pacientes que lo requieran y que han sido atendidos Consolidación y envio de información de las Sala Era de la localidad a Epidemiologia Semanal (4). 17. semanal notificacion individual y colectiva de la Una Primero de Mayo, al área de EPIDEMIOLOGIA semanal	Se envia correos institucionales donde se socializa los COVE
8	15. Realizar manejo de equipos de cuidado intensivo como Cánulas de alto flujo, Ventilación de alta frecuencia, Oxido nitrico, Oxihelitox y Fibrobroncoscopias 16.Velar porque la atencion sea humana, eficaz, calida con todos y cada uno de los usuarios que requieran el servicio	15 Realizar manejo de equipos de cuidado intensivo como Cánulas de alto flujo, Ventilación de alta frecuencia, Oxido nitrico, Oxihelitox y Fibrobroncoscopias 16 Velar porque la atención sea humana, eficaz, calida con todos y cada uno de los usuarios que requieran el servicio	
9	17. Desarrollar las actividades para el fortalecimiento de los centros de atención primarias (CAPS) en el marco del convenio 1219 de 2017	17. Desarrollar las actividades para el fortalecimiento de los centros de atención primarios (CAPS) en el marco del convenio 1219 de 2017.Auditoria salas ERA (1) 17. Actas de comites de vigilancia Epidemiologica (8, actas socializacion cove septiembre (1) retroalimentacion	asistencia registrada de todos los comites de vigilancia epidemiologica
10		18. Visita Tecnica de la Secretaria de salud Sivigila (12) Envio HAI USS Primero de Mayo (2) Comite de Vigilancia Epidemiologica San Illas (4)	

Observaciones:

Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL.
En caso de tener contrato nuevo se debe anexar tambien la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro

Jaidy Julieth Perez G

Firma del Contratista

C.C. 65.758.979 **de** Ibagué

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	
CARGO:	
FIRMA	

Escaneado con CamScanner

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

SOI

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	65758979
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			JULIETH PEREZ GALINDO
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CARRERA 62 # 67 B APTO 209	TELÉFONO:	5555555
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	1-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otros trabajos de edición.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	UNICO		NO
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA)			

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NUMERO PLANILLA:	7766791483	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES septiembre AÑO 2020	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	septiembre	AÑO 2020
DÍAS DE MORA:	0				765664987
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2020/10/08	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 172.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 172.000	$ 0	$ 172.000
SUBTOTALES:										$ 172.000	$ 0	$ 172.000

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 134.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 134.400	$ 0	$ 0	$ 134.400
SUBTOTALES:													$ 134.400	$ 0	$ 0	$ 134.400

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 26.200	$ 26.200	$ 0	$ 0	$ 26.200
SUBTOTALES:									$ 26.200	$ 0	$ 0	$ 26.200

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF24	CCF24-COMPENSAR	1	$ 2.800	$ 0	$ 2.800
SUBTOTALES:			$ 2.800	$ 0	$ 2.800

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES															SEGURIDAD SOCIAL																		PARAFISCALES							
																								PENSIÓN								SALUD								ARP						CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 65758979	PEREZ GALINDO JANDY JULIETH	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.074.648			NO	C-16															25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.074.648	$ 172.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 172.000	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.074.648	$ 134.400	$ 0	$ 134.400	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.074.648	65758979	$ 26.200	30	$ 465.681	CCF24-COMPENSAR	$ 2.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 335.400

Planilla Pagada

Escaneado con CamScanner