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:** $ 1.724.216 **Valor a cobrar:** $ 1.724.216

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	$ 1.724.216	3442	2020-11-01	2020-11-30
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	NOVIEMBRE	$ 1.724.216	$ 339.100	7768659329
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	$ 18.352.953	$ 18.352.953	$ 0

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

OBJETO DEL CONTRATO

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2020-11-01 **Hasta:** 2020-11-30

	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 terapeuticas 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 diagnosticas y terapeuticas 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) Atencion 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) Educacion 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 telefónicos 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 telefónicos a pacientes menores de 5 años con dx ERA atendidos en urgencias , 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 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	Revisar Plataforma de Dinamica, s e esta realizando programa de oxigeno domiciliario
5	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	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 proteccion 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 análisis 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 .Consolidacion y envio de informacion de las Sala Era de la localidad a Epidemiologia Semanal (4). 12. semanal notificación individual y colectiva de la Upa Primero de Mayo, al area 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, Óxido nitrico, Oxihelios y Fibrobroncoscopias. 16.Velar porque la atención sea humana, eficaz, cálida 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, Ventilacion de alta frecuencia, Óxido nitrico, Oxihelios y Fibrobroncoscopias. 16.Velar porque la atención sea humana, eficaz, cálida 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 primarios (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 Epideinuologica (8, actas socializacion covc, septiembre (1) retroalimentacion	asistencia registrada de todos los comites de vigilancia epidemiologica
10		18. Visita Tecnica de la Secretaria de salud Sivigila (12) Envio BAI USS Primero de Mayo (2) Comité de Vigilancia Epidemiológica San Blas (4)	

Observaciones:

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

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

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

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

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			7768659329	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	octubre	AÑO 2020	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	octubre	AÑO 2020
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2020/11/03	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			788106421

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		NUMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACION	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	$ 6.500	$ 0	$ 6.500
SUBTOTALES:			$ 6.500	$ 0	$ 6.500

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																		PARAFISCALES							
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BASICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	RETENCIÓN TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN							SALUD						ARP					CCF			SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
																										ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 65758979	PEREZ GALINDO JANDY JULIETH	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		$ 1.074.648			NO																	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	$ 1,074,648	SCCF24-COMPENSAR	$ 6,500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 339.100

Escaneado con CamScanner