Planillas / Resumen de pago

Información básica de la planilla

Empresa:	AMELIA MARIA SEVERICHE GIL	**Nit:**	22884853
Tipo planilla:	I	**Periodo liquidación Pensiones**	Octubre 2020
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	Octubre 2020
Número de radicación:	46480031	**Total a pagar:**	$412,500
Fecha de vencimiento:	13/11/2020	**Total de empleados:**	1
Fecha de pago:	06/11/2020	**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:**	792275695
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	$32,500
231001	800227940	Colfondos	1		$0.00	$213,300
EPS010	800088702	EPS Sura	1		$0.00	$166,700
						$412,500

*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

Todos los derechos reservados © 2020 . Compensar - Cenet S.A.

compensar | miplanilla.com Comfenalco Valle delagente

certicámara. Acerca de los certificados SSL icontec ISO/IEC 27001 CO-SI006-1 icontec CO-SC5882-1

Scanned by CamScanner

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 3305 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:** $ 2.639.744 **Valor a cobrar:** $ 2.619.482

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	$ 3.150.010	3207	2020-10-01	2020-10-31
4	$ 5.968.440	3832		2021-01-31
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	$ 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	NOVIEMBRE	$ 2.619.482	$ 412.500	46480031
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	$ 31.566.416	$ 28.035.089	$ 3.531.327

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.

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

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCION DEL DESARROLLO	
		ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACION	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1) Realizar las actividades diagnósticas y terapéuticas para el manejo de patologías 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 neurológico.	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 guía 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 ejecución del plan individual de habilitación / 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 bioseguirdad vigente	NO APLICA
7	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	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 ejecución 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 estadística y formato de facturacion
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 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 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 bioseguirdad 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 158 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	Angela Mendoza

Scanned by CamScanner