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: 01
FECHA: 2017-07-07

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: PS 2585 2020 **C.D.P. No.:** 11

Proceso al que pertenece: GESTION HOSPITALARIA

Unidad a la que pertenece: CAPS CHIRCALES

Nombre del Contratista: NEYDI JISETTE CARDONA HERRERA **C.C.** 52.902.174 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2020-02-03 **Fecha Terminación incial:** 2020-07-31 **Valor Mensual:** $ 2.818.430 **Valor a cobrar:** $ 2.818.430

ADICIÓN/ OTROSI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	FEBRERO	$ 2.818.430	$ 367.400	7744245991
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 19.099.008	$ 19.099.008	$ 2.818.430	$ 16.280.578

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES DE MANERA PERSONAL Y AUTÓNOMA, EN SU CONDICIÓN DE FONOAUDIOLOGOY/O TERAPEUTA LENGUAJE, PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES 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:** 2020-02-01 **Hasta:** 2020-02-29

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)
1	1. Realizar las actividades diagnósticas y terapéuticas para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de cada paciente	17. Prestar el servicio de conformidad con la programación de agenda acordada con el supervisor del contrato, para el desarrollo de sus actividades.
2	2. Realizar el manejo integral a los pacientes hospitalizados, ambulatorios y urgencias.	0
3	3. Realizar tratamiento y seguimiento a los pacientes valorados	0
4	4. Dar pautas de manejo y educación a las madres y/o familiares de los pacientes valorados	0
5	5. Elaborar la estadística diaria de las actividades que se realizan y el consolidado mensual para ser entregado dentro de los 5 primeros dias del mes siguiente.	0
6	6. Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes.	0
7	7. Participar en las actividades de revista, caso clínico con el fin de evaluar y en caso de ser necesario ajustar el plan individual de habilitación / rehabilitación del usuario ambulatorio u hospitalizado	0
8	8. Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente	0
9	9. 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	0
10	10. Velar por el seguimiento de las normas de bioseguridad, salud ocupacional y gestión ambiental.	0
11	11. Direccionar y/o asignar plan casero o actividades para realizar en casa a los pacientes que lo	0
12	12 .Velar porque la atención sea humana, eficaz, cálida con todos y cada uno de los usuarios que requieran el servicio.	0
13	13. Desarrollar las actividades para el fortalecimiento de los centros de atención primarios (CAPS)	0
14	14. Portar el carnet institucional de la SUBRED durante la ejecución de las actividades contractuales.	0
15	15. Cumplir con todas las medidas de asepsia y antisepsia para el manejo de los dispositivos médicos y comportamiento dentro de las diferentes áreas del servicio.	0
16	16. Ejercer las actividades propias de la profesión de conformidad con las normas y/o reglamentos de acuerdo al objeto contractual y las necesidades del servicio	0

0

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. 52.902.174 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS

NOMBRE:	ANGELA MARIA MENDOZA MESA
CARGO:	LIDER APOYO TERAPEUTICO
FIRMA	

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

BBVA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	52902174
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			NEYDI JISETTE CARDONA HERRERA
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CL 38C SUR 79 09	TELÉFONO:	8416827
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			7744245991	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	enero	AÑO 2020	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	enero	AÑO 2020
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2020/02/14	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			563927083

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	$ 190.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 190.000	$ 0	$ 190.000
SUBTOTALES:										$ 190.000	$ 0	$ 190.000

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
EPS017	EPS017-FAMISANAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 148.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 148.400	$ 0	$ 0	$ 148.400
SUBTOTALES:													$ 148.400	$ 0	$ 0	$ 148.400

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	
14-7	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 29.000	$ 29.000	$ 0	$ 0	$ 29.000	
SUBTOTALES:									$ 29.000	$ 0	$ 0	$ 29.000	

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF21	CCF21-CAFAM	1	$ 23.800	$ 0	$ 23.800
SUBTOTALES:			$ 23.800	$ 0	$ 23.800

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	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	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 52902174	CARDONA HERRERA NEYDI JISETTE	INDEPENDIENTE VOLUNTARIO AL SISTEMA DE RIESGOS LABORALES		$ 1.152.474				NO								01-30										25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.187.056	$ 190.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 190.000	EPS017-FAMISANAR	30	$ 1.187.056	$ 148.400	$ 0	$ 148.400	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	30	$ 1.187.056	52902174	$ 29.000	30	$ 1.187.056	CCF21-CAFAM	$ 23.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 391.200

planilla pagada SOI planilla Pagada