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:** $ 2.984.220

| 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 | DICEMBRE | $ 2.984.220 | $ 324.900 | 8347055998 |
| 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 | $ 31.019.309 | $ 547.107 |

## 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:** 2020/12/01 **Hasta:** 2020/12/31

| | 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 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 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 bioseguridad 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 estadistica 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 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 acreditación |

**Observaciones: SE CERTIFICAN 180 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 | |

Scanned by CamScanner

**Señor(es):** AMELIA MARIA SEVERICHE GIL
**Nit:** CC 22884853
**Dirección:** CALLE 60D N 18 - 14 SUR
**Teléfono:** 5678513 **Fax:**
**Ciudad:** BOGOTA, D.C.

Respetado(s) señor(es)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:

compensar | miplanilla.com

| | |
|---|---|
| Nombre | AMELIA MARIA SEVERICHE |
| Tipo y número de identificación | 22884853 |
| Número de radicación planilla | 8347055998 |
| Fecha de pago | 12/7/2020 |
| Número de autorización de pago | 10573054 |
| Banco | 1023 |
| Valor Comisión | $0 |

| | |
|---|---|
| Número de empleados | 1 |
| Periodo cotización salud | Noviembre 2020 |
| Periodo cotización pensión | Noviembre 2020 |
| Periodo cotización caja | Noviembre 2020 |
| Número de administradoras | 3 |
| Total Pagado | $324.900 |
| Total interes mora | $0 |

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|---|---|---|---|
| 14-7 | Cia. de Seguros Bolivar S.A. | $25.600 | 1 |
| 231001 | Colfondos | $168.000 | 1 |
| EPS010 | EPS Sura | $131.300 | 1 |

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 | NRO TDA 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 | | | | | | | | | | | | 1.050.000 | 1.050.000 | 0 | 1.050.000 | 0 | | | 168.000 | 0 | 0 | 131.300 | 0 |

Scanned by CamScanner