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 2630 2020	C.D.P. No.:	
Proceso al que pertenece:	GESTION HOSPITALARIA		
Unidad a la que pertenece:	UNIDAD DE PRESTACION DE SERVICIOS SAN BLAS		
Nombre del Contratista:	ANA MARIA GUERRERO RIVERA	C.C.	1.032.458.068 de: Bogotá DC
Fecha Inicio:	2020-02-01	Fecha Terminación incial:	2020-07-31
Valor Mensual:	$ 3.083.694	Valor a cobrar:	$ 3.083.694

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 1.342.899		2020-08-01	2020-08-31
2	$ 3.216.326			
3	$ 1.591.584			
4	$ 4.675.278			
5	$ 6.134.230			
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	$ 2.917.904	$ 366.600	7743903305
2	MARZO	$ 3.067.115	$ 367.000	7748452254
3	ABRIL	$ 2.934.483	$ 379.600	4333656106
4	MAYO	$ 2.768.693	$ 210.700	7753074693
5	JUNIO	$ 2.768.693	$ 198.800	7755742707
6	JULIO	$ 3.199.747	$ 342.800	7758458996
7	AGOSTO	$ 2.785.272	$ 396.000	7761676570
8	SEPTIEMBRE	$ 3.216.326	$ 345.000	7764922300
9	OCTUBRE	$ 3.050.536	$ 398.200	7767507241
10	NOVIEMBRE	$ 2.768.693	$ 377.900	7770914557
11	DICIEMBRE	$ 3.083.694	$ 342.800	7773029104
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
$ 19.099.008	$ 36.059.325	$ 32.561.156	$ 3.498.169

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

OBJETO DEL CONTRATO

Apoyo asistencial en el Area de la Unidad de Salud Mental de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. Unidad Prestadora Servicios de Salud SAN BLAS

Relación de actividades para el periodo: Desde: 2020-12-01 Hasta: 2020-12-31

DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las establecidas en la minuta)	ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUTO O EVIDENCIA
1	Realizar actividades diagnosticas y terapéuticas para el manejo de patologias establecidos dentro del plan integral de cada paciente conforme a las guias vigentes	Cumplo con la realización de evaluación, diagnostico y apoyo terapéutico con cada paciente de acuerdo a las guias correspondientes a cada patologia	Historia clinica en fisico y digitada en dinámica gerencial
2	Realizar evaluaciones e intervenciones a usuarios con alteraciones en el desarrollo psicomotor, habilidades escolares y cognitivas	Cumplo con la realización de evaluación, diagnostico y apoyo terapéutico con cada paciente	Historia clinica en fisico y digitada en dinámica gerencial
3	Realizar estimulacion multisensorial y fortalecimiento de actividades de la vida diaria y promoción de independencia a los usuarios	Realizo intervenciones terapéuticas de acuerdo a las necesidades de cada paciente	Historia clinica en fisico y digitada en dinámica gerencial
4	Realizar consejeria individual sobre estimulación adecuada para el neurodesarrollo del niño o niña	Brindo retroalimentación del proceso al acudiente de cada niño asi como estrategias de aplicación en casa para dar continuidad a los objetivos del plan de tratamiento	Historia clinica en fisico y digitada en dinámica gerencial
5	Tener disposición para llevar a cabo talleres terapeuticos conforme a la programacion definida	Me preparo y desarrollo los talleres terapéuticos de acuerdo a la planeación mensual	Historia clinica en fisico y digitada en dinámica gerencial Observaciones de coordinación
6	Portar el carnet institucional de la SUBRED durante la ejecución de las actividades contractuales	Cumplo con portar el carnet de manera visible los dias que me encuentro en el servicio	Observación de coordinador
7	Cumplir con todas las medidas de asepsia y antisepsia para el manejo de los dispositivos médicos y comportamiento dentro de las diferentes areas del servicio	Realizo los procedimientos terapéuticos teniendo en cuenta las medidas de bioseguridad, asepsia y antisepsia	Observación de coordinador

Escaneado con CamScanner

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

	...ero o actividades para realizar en casa a los ...de han sido atendidos.	Brindo a los acudientes las actividades extras y sus instrucciones para complementar el proceso desarrollado con cada niño	Historia clínica en físico y digitada en dinámica gerencial
	... educación a las madres y/o familiares de los pacientes ...ertinencia.	Cumplo con orientar a los padres o acudientes de cada paciente quienes refieren o cuando se evidencian dificultades en el manejo comportamental	Historia clínica en físico y digitada en dinámica gerencial
	...as exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia ...s pacientes.	Conozco y cumplo las exigencias acerca del manejo de la historia clínica de mis pacientes	Historia clínica digitada en dinámica gerencial
	...par en las actividades de revista, caso clínico con el fin de evaluar y en caso ...r necesario ajustar el plan individual de habilitación / rehabilitación del ...uario ambulatorio u hospitalizado.	Asisto y participo de los casos clínicos y revistas realizadas en el programa por cada paciente	Historia clínica en físico y digitada en dinámica gerencial. Soporte físico de revista de caso de cada paciente
12	Velar porque la atención sea humana, eficaz, cálida con todos y cada uno de los usuarios que requieran el servicio.	Trato a mis pacientes con respeto y humanidad reconociendo sus derechos con respecto a la atención y el trato	Observación de coordinador
13	Velar por el seguimiento de las normas de bioseguridad, salud ocupacional y gestión ambiental.	Conozco y cumplo con normas de bioseguridad, salud ocupacional y gestión ambiental	Observación de coordinador
14	Prestar el servicio de conformidad con la programación de agenda acordada con el supervisor del contrato, para el desarrollo de sus actividades.	Cumplo con la prestación del servicio de acuerdo a los horarios establecidos	Observación de coordinador. Historia clínica digitada en dinámica general y soportes en físico de asistencia de los pacientes
15	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	Cumplo con las actividades establecidas para mi labor en el contrato firmado y las disposiciones propias del servicio	Observación de coordinador. Historia clínica digitada en dinámica general. soportes en físico de asistencia de los pacientes. Soportes físicos de actividades estadísticas
16	valorar a los pacientes en los diferentes servicios de atención a quienes les han solicitado interconsulta Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.	Cumplo con responder las interconsultas solicitadas por el servicio realizando la evaluación del paciente.	Historia clínica en físico y digitada en dinámica gerencial.

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

Firma del Contratista

C.C. 1.032.458.068 de Bogotá DC

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	Hugo German Reyes Guerrero
CARGO:	Medico Especialista Unidad Salud Mental
FIRMA	

Escaneado con CamScanner

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

SOI — DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN	CEDULA DE CIUDADANIA	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	[illegible]
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL			ANA MARIA GUERRERO RIVERA
CIUDAD/MUNICIPIO	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN	DG 52 SUR NO 80D - 24	TELEFONO	[illegible]
TIPO APORTANTE	03 INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA	Actividades de apoyo terapéutico
FORMA DE PRESENTACIÓN	UNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA)			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NUMERO PLANILLA	7773929104	TIPO DE PLANILLA	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACION OTROS	MES noviembre AÑO 2020	PERIODO COTIZACIÓN SALUD	MES noviembre AÑO 2020
DIAS DE MORA	0		
FECHA PAGO (aaaammdd)	20201209	NUMERO AUTORIZACIÓN	525549268

TOTAL APORTES A PENSIÓN

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 177.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 177.300	$ 0	$ 177.300
SUBTOTALES:										$ 177.300	$ 0	$ 177.300

TOTAL APORTES A SALUD

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NUMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NUMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN UPC	MORA COTIZACIÓN	MORA UPC	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 138.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 138.500	$ 0	$ 0	$ 138.500
SUBTOTALES:													$ 138.500	$ 0	$ 0	$ 138.500

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD ARP NUMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD ARP VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 27.000	$ 27.000	$ 0	$ 0	$ 27.000
SUBTOTALES:									$ 27.000	$ 0	$ 0	$ 27.000

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

The NOVEDADES columns (15 narrow columns) are blank; their labels are illegible.

Nº	IDENTIFICACION	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EN EL EXTERIOR	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA
1	CC 1032456008	GUERRERO RIVERA ANA MARIA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE		$ 1.108.000				NO

SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN

ADMIN	DÍAS COT.	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	[illegible]	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.108.000	$ 177.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 177.300

SEGURIDAD SOCIAL — SALUD Y ARP

SALUD ADMIN	DÍAS COT.	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ARP ADMIN	DÍAS COT.	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 1.108.000	$ 138.500	$ 0	$ 138.500	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.108.000	1032456008	$ 27.000

PARAFISCALES

DÍAS COT.	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 342.800

Planilla Pagada

Escaneado con CamScanner