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 3349 2020	**C.D.P. No.:**	13	**Proceso al que pertenece:**	AMBULATORIO
				Unidad a la que pertenece:	CAPS ALTAMIRA

Nombre del Contratista: BARROS GARCIA LILIANA DEL CARMEN **C.C.** 52.104.151 **de:** BOGOTA

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	$ 4.874.226	2101	2020-08-01	2020-08-31
2	$ 3.581.064	2713	2020-09-01	2020-09-30
3	$ 3.083.694	3207	2020-10-01	2020-10-31
4				
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	$ 3.083.694	$ 370.700	40296625
2	MARZO	$ 3.083.694	$ 381.700	41154681
3	ABRIL	$ 3.083.694	$ 381.700	41328192
4	MAYO	$ 3.083.694	$ 381.700	41968617
5	JUNIO	$ 3.083.694	$ 221.400	42656435
6	JULIO	$ 3.083.694	$ 381.700	43968390
7	AGOSTO	$ 3.083.694	$ 381.700	44110128
8	SEPTIEMBRE	$ 3.083.694	$ 381.700	44727041
9	OCTUBRE	$ 3.083.694	$ 381.700	45411388
10				
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
$ 16.711.632	$ 28.250.616	$ 27.753.246	$ 497.370

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SUS SERVICIOS PERSONALES DE APOYO, EN SU CONDICIÓN DE PROFESIONAL EN TERAPIA RESPIRATORIA, PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LOS DIFERENTES SERVICIOS CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2020-10-01 **Hasta:** 2020-10-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO	
		ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACION	PRODUTO O EVIDENCIA
1	1. Realizar las actividades diagnosticas y terapeuticas para el manejo de patologias establecidos dentro del plan integral de cada paciente.	1. Realizar actividades diagnosticas y terapeuticas para el manejo de patologias establecidos dentro del plan integral de cada paciente	
2	2. Realizae el manejo integral a los pacientes hospitalizados, ambulatorios y urgencias, sala ERA interconsultados.	2. Realizar el manejo integral a los pacientes hospitalizados, ambulatorios y urgencias, sala ERA interconsultados	Historias Clinicas Aplicativo Dinamica
3	3. Realizar tratamiento y seguimiento a los pacientes valorados.	3. Realizar seguimiento y tratamiento a los pacientes valorados	Historias Clinicas Aplicativo Dinamica
4	4. Dar pautas de manejo y educacion a las madres y/o familiares de los paciente valorados	4. Dar pautas del manejo y educacion a las madres y/o familiares de los pacientes valorados	Historias Clinicas Aplicativo Dinamica
5	5. Velar por el uso racional de los elementos de terapia respiratoria	5. Velar por el uso racional del los elementos de tarapia respiratoria.	
6	6. realizar seguiminetos telefonicos a pacientes menores de 5 años con dx ERA atendidos en urgencias, hospitalizacion y consulta externa (35)	6. realizar seguiminetos telefonicos a pacientes menores de 5 años con dx ERA atendidos en urgencias, hospitalizacion y consulta externa	
7	7. Control de oximetria en pacientes de programa de cronicos del oxigeno domiciliario del hospital	7. Control de oximetria en pacientes de programa de cronicos del oxigeno domiciliario del hospital	
8	8. Elaborar estadistica diaria de las actividades que se realizan y el consolidado mensual para ser entregado el primer dia habil del mes	8. Elaborar estadistica diaria de las actividades que se realizan y el consolidado mensual para ser entregado el primer dia habil del mes	Cuadro de regiatro diario
9	9. Cumplir con las exigencias legales y eticas para el adecuado manejos de la historia clinica de los pacientes.	9. Cumplir con las exigencias legales y eticas para el adecuado manejos de la historia clinica de los pacientes.	
10	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 habilitacion / rehabilitacion	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 habilitacion / rehabilitacion 11. reportar los eventos de notificacion obligatoria con la oportunidad.	

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. 52.104.151 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	**FERNANDO MONTENERGRO SALCEDO**
	LIDER SERES

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52104151	LILIANA DEL CARMEN BARROS GARCIA	CALLE 20 SUR No. 53A 38	2610670	trililianabarros@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2020-09	2020-09	I	08/10/2020	45411388	$381.700	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	154.200	0		0		0	0	0	0	154.200	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	197.400	0	0	0	0	0	0		197.400	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	30.100				30.100	0	0	30.100			301	30.100	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	154.200	154.200
Pensión	1	197.400	197.400
Riesgos Laborales	1	30.100	30.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	381.700	381.700

PAGADA
45411388

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información