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**

**CODIGO: AP-IA-FT-014**
**VERSIÓN: 02**
**FECHA: 2020-05-04**

## 1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. CONTRATO - OPS** | PS 4111 2021 | **C.D.P. No:** | 348 | **Proceso al que pertenece:** | APOYO DIAGNOSITO Y REHABILITACION |
| | | | | **Unidad a la que pertenece:** | UMHES SAN BLAS |
| **Nombre del Contratista:** | KAREN JINETH LAGUNA APONTE | | | **C.C.** 1 019 127 316 | **de:** BOGOTA |
| **Fecha Inicio:** | 2021/01/04 | **Fecha Terminación inicial:** | 2021/01/30 | **Valor Mensual:** $ 3.128.000 | **Valor a cobrar:** $ 3.128.000 |

| ADICIÓN OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | $2 611 200.00 | 832 | 18/03/21 | 2021-04-30 |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 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 | MARZO | $ 3.264.000 | | |
| 2 | ABRIL | $ 3.128.000 | $ 426.000 | 49864647 |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 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 |
|---|---|---|---|
| $ 3.916.800 | $ 6.528.000 | $ 6.392.000 | $ 136.000 |

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

**OBJETO DEL CONTRATO**

PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES DE MANERA PERSONAL Y AUTONOMA, EN SU CONDICIÓN DE TERAPEUTA FISICA, PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES Y DEMÁS 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.

**Relacion de actividades para el periodo:** **Desde:** 2021-04-01 **Hasta:** 2021-04-30

| | OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta) | DESCRIPCION DEL DESARROLLO | |
|---|---|---|---|
| | | ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
| 1 | Realizar las actividades diagnósticas y terapéuticas para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de cada paciente conforme a las guias vigentes. | Realizó las actividades diagnósticas y terapéuticas para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de cada paciente conforme a las guias vigentes. | RESPUESTA A INTERCONSULTA |
| 2 | Realizar evaluaciones e intervención a usuarios con alteraciones en el desarrollo motor | Realizó evaluaciones e intervención a usuarios con alteraciones en el desarrollo motor. | RESPUESTA A INTERCONSULTA Y NOTAS DE EVOLUCION (EVOTE) |
| 3 | Realizar consejeria sobre estimulación adecuada para el neurodesarrollo del niño y/o adulto que lo requiera. | Realiz consejeria sobre estimulación adecuada para el neurodesarrollo del niño y/o adulto que lo requiera. | NOTAS DE EVOLUCIÓN (EVOTE) Y/O NOTAS DE TURNO |
| 4 | Dar pautas de manejo a las madres y/o familiares de los pacientes valorados. | Dió pautas de manejo a las madres y/o familiares de los pacientes valorados. | NOTAS DE EVOLUCION (EVOTE) |
| 5 | 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 caracteristicas del servicio. | Realizó 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 caracteristicas del servicio. | NOTAS DE EVOLUCION (EVOTE) Y RESPUESTA A INTERCONSULTA |
| 6 | Realizar las valoraciones de los pacientes con interconsulta de los diferentes servicios | Realizó las valoraciones de los pacientes con interconsulta de los diferentes servicios. | RESPUESTA A INTERCONSULTA |
| 7 | Realizar tratamiento y seguimiento a los pacientes valorados. | Realizó tratamiento y seguimiento a los pacientes valorados. | NOTAS DE EVOLUCIÓN (EVOTE) |
| 8 | Velar porque la atención sea humana, eficaz, cálida con todos y cada uno de los usuarios que requieran el servicio. | Veló porque la atención sea humana, eficaz, cálida con todos y cada uno de los usuarios que requieran el servicio. | NOTAS DE EVOLUCIÓN (EVOTE) |
| 9 | Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes. | Cumplió con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clinica de los pacientes. | RESPUESTA A INTERCONSULTA Y NOTAS DE EVOLUCIÓN (EVOTE) |
| 10 | Realizar organización de talleres y actividades por dia de conformidad a sus actividades y la necesidad por parte de la subred | Realizó organización de talleres y actividades por dia de conformidad a sus actividades y la necesidad por parte de la subred. | NOTAS DE EVOLUCIÓN (EVOTE) |
| 11 | Direccionar y/o asignar plan casero o actividades para realizar en casa a los pacientes que lo requieran. | Direccionó y/o asignó plan casero o actividades para realizar en casa a los pacientes que lo requieran. | NOTAS DE EVOLUCIÓN (EVOTE) |
| 12 | Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente | No se presentaron eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente. | NO APLICA |
| 13 | Notificar los sucesos de calidad que se presenten en el servicio, participar en los analisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora | Notificó los sucesos de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejor | PLANILLAS DE ASISTENCIA A CAPACITACIONES DE AREAS PERTINENTES |
| 14 | Velar por el seguimiento de las normas de bioseguridad, salud ocupacional y gestión ambiental. | Veló por el seguimiento de las normas de bioseguridad, Salud Ocupacional y Gestión Ambient | NOTAS DE EVOLUCIÓN (EVOTE) |
| 15 | Informar al usuario, su familia o cuidador las actividades que debe seguir, al inicio de su proceso de habilitacion rehabilitacion posterior a la ejecución del plan de intervención o su egreso. | Informó al usuario, su familia o cuidador las actividades que debe seguir, al inicio de su proceso de habilitacion/rehabilitación posterior a la ejecución del plan de intervención | RESPUESTA A INTERCONSULTA Y NOTAS DE EVOLUCIÓN (EVOTE) |
| 16 | Cumplir con todas las medidas de asepsia y antisepsia para el manejo de los dispositivos medicos y comportamiento dentro de las diferentes áreas del servicio. | Cumplió con todas las medidas de asepsia y antisepsia para el manejo de los dispositivos médicos y comportamiento dentro de las diferentes áreas | NOTAS DE EVOLUCIÓN (EVOTE) |

Escaneado con CamScanner

| | | | |
|---|---|---|---|
| 17 | 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. | Ejerció las actividades propias de la profesión de conformidad con las normas y/o reglamentos de acuerdo al objeto contractual y las necesidades del s | RESPUESTA A INTERCONSULTA Y NOTAS DE EVOLUCIÓN (EVOTE), NOTA DE TURNO |
| 18 | Portar el carnet institucional de la SUBRED durante la ejecución de las actividades contractuales. | Portó el carnet institucional de la SUBRED durante la ejecución de las actividades contractuales. | PARA INGRESO Y EGRESO DE LA INSTITUCION, ASI COMO MEDIO DE INDENTIFICACIÓN DURANTE LA JORNADA LABORAL |
| 19 | Acreditar el cumplimiento del pago de los aportes al sistema de seguridad social y parafiscal durante la vigencia del contrato, requisito indispensable par | Acreditó el cumplimiento del pago de los aportes al sistema de seguridad social y parafiscal durante la vigencia del contrato, requisito indispensab | ENTREGA DE CUENTA DE COBRO CON SOPORTE DE PLANILLA Y SECOP |
| 20 | 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. | FORMATOS DE COBRO ENVIADOS A CORREO DE FACTURACION Y SUPERVISOR DE CONTRATO |

| | |
|---|---|
| **Observaciones:** | **Firma del Contratista** |
| Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL<br>En caso de tener contrato nuevo se debe anexar también la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro | **C.C.** 1.019.127.316 **de** BOGOTA |

| **VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS** | |
|---|---|
| **NOMBRE:** | CLAUDIA SILENIA NIÑO REY |
| **CARGO:** | DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05 |
| **FIRMA** | |

Escaneado con CamScanner

Cuenta de cobro 002 - 2021

# SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

**Nit. 900.959.051-7**

**DEBE A:**

KAREN JINETH LAGUNA APONTE
C.C. 1,019,127,316 de Ciudad Bogotá

**LA SUMA DE:**

**TRES MILLONES CIENTO VEINTIOCHO MIL PESOS (3,128,000)**

Por concepto de:

- Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No PS 4111 de 2021 correspondiente al mes de abirl de 2021

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS DE ACUERDO A SU PERFIL ACADÉMICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES (DE SU PROFESIÓN), CON DISPONIBILIDAD EN CUMPLIMIENTO DE LA MISIÓN Y LA VISIÓN DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

**Cordialmente,**

KAREN JINETH LAGUNA APONTE
C.C. 1,019,127,316
Teléfono 3046023886 Dirección CALLE 23A BIS #85A-94
No Cuenta 391302874 ahorros BBVA

Fecha: 30/ABRIL/2021

Escaneado con CamScanner

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 1019127316 | KAREN JINETH LAGUNA APONTE | calle 23a bis #85a-94 | 3046023886 | karelaguna@gmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | |
| UNICA | 1 – 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 | |
| 2021-03 | 2021-03 | 1 | 12/04/2021 | 49864547 | $426.600 | |

## 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 | | | | | |
| EPS008 | Compensar EPS | 860066942-7 | 161.900 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 161.900 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230301 | Porvenir | 800224808-8 | 207.200 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 207.200 | 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 | | | | | | | | | | |
| 14-11 | ARL SURA | 899993790-5 | 31.600 | | | | 31.600 | 0 | 0 | 31.600 | | | 316 | 31.600 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CCF22 | Colsubsidio | 860007336-1 | 25.900 | 0 | 0 | 25.900 | 1 |

**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 | 161.900 | 161.900 |
| Pensión | 1 | 207.200 | 207.200 |
| Riesgos Laborales | 1 | 31.600 | 31.600 |
| CCF | 1 | 25.900 | 25.900 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 4 | 426.600 | 426.600 |

PAGADA

Escaneado con CamScanner