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 CO 5239 2020 **C.D.P. No.:** 2237

**Proceso al que pertenece:** SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

**Unidad a la que pertenece:** CENTRO HOSPITALARIO TRANSITORIO CORFERIAS- CONVENIO N° CO1,1487512 DE 2020

**Nombre del Contratista:** ANDREA PATRICIA TORRES CHAVES **C.C.** 1,026,282,382 **de:** BOGOTÁ

**Fecha Inicio:** 6/08/2020 **Fecha Terminación Inicial:** 31/08/2020 **Valor Mensual:** $ 2.984.220 **Valor a cobrar:** $ 1.140.000

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | $ 800.000 | 2707 | 15/08/2020 | 31/08/2020 |
| 2 | $ 6.480.000 | 2841 | 01/09/2020 | 21/09/2020 |
| 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 | AGOSTO | $ 895.266 | | |
| 2 | AGOSTO | $ 1.680.000 | | |
| 3 | AGOSTO | $ 1.140.000 | | |
| 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 |
|---|---|---|---|
| **$ 2.586.324** | **$ 9.866.324** | $ 3.715.266 | **$ 6.151.058** |

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

**OBJETO DEL CONTRATO**

PRESTAR SUS SERVICIOS DE ACUERDO A SU PERFIL ACADÉMICO EN LAS INSTALACIONES DEL HOSPITAL TRANSITORIO CORFERIAS, CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD E.S.E. EN CUMPLIMIENTO DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO N.CO1.PCCNTR. 1487512 DE 2020 ESTABLECIDO PARA ATENCIÓN Y MITIGACIÓN A LOS EFECTOS DE LA PANDEMIA COVID-19

**Relación de actividades para el periodo:** **Desde:** 15/08/2020 **Hasta:** 31/08/2020

| | OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta) | DESCRIPCION DEL DESARROLLO | |
|---|---|---|---|
| | | ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUTO O EVIDENCIA |
| 1 | Realizar las actividades diagnósticas y terapéuticas para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de cada paciente. | Realizado con pacientes interconsultados | DINÁMICA GERENCIAL |
| 2 | Realizar evaluaciones e intervención a usuarios con alteraciones en el desarrollo psicomotor y pacientes que presentan deficiencia en su sistema osteomuscular y neurológico | Realizado con pacientes interconsultados | DINÁMICA GERENCIAL |
| 3 | Realizar las valoraciones de los pacientes interconsultados de los diferentes servicios | Realizado con pacientes interconsultados | DINÁMICA GERENCIAL |
| 4 | Realizar la atención y seguimiento a los pacientes valorados. | Realizado con pacientes interconsultados | DINÁMICA GERENCIAL |
| 5 | Dar pautas de manejo a las madres y/o familiares de los pacientes valorados. | No se realiza durante el mes | NO APLICA |
| 6 | Realizar la ejecución del plan de 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. | Realizado con pacientes interconsultados | DINÁMICA GERENCIAL |
| 7 | Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes. | Mantener la historia clínica de manera confidencial. | DINÁMICA GERENCIAL |
| 8 | Informar al usuario, su familia o cuidador las actvidades que debe seguir, al inicio de su proceso de habilitación/ rehabilitación muscular y cardiaca posterior a la ejecución del plan de intervención o su egreso. | Pautas de seguimiento al paciente | DINÁMICA GERENCIAL |
| 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. | Evoluciones registradas | DINÁMICA GERENCIAL |
| 10 | Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente. | Reportes a seguridad del paciente | REPORTES A SEGURIDAD DEL PACIENTE |
| 11 | Direccionar y/o asignar plan casero o actividades para realizar en casa a los pacientes que lo requieran y que han sido atendidos. | Pautas de seguimiento al paciente | DINÁMICA GERENCIAL |
| 12 | Notificar los sucesos de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio. | Participación general | PLANILLAS DE ASISTENCIA |
| 13 | Velar por el seguimiento de la normas de bioseguridad, salud ocupacional y gestión ambiental. | Atencion en el servicio con protocolos de bioseguridad | SERVICIO HOSPITALARIO |
| 14 | Velar porque la atencion sea humana, eficaz, calidad con todos y cada uno de los usuarios que requieran el servicio. | Atencion del servicio hospitalario | SERVICIO HOSPITALARIO |
| 15 | Desarrollar las actividades para el fortalecimiento de los centros de atencion primario (CAPS) Cuando aplique. | Sin actividad previa | NO APLICA |
| 16 | Portal el carnet institucional de la SUBRED durante la ejecucion de las actividades contractuales. | Identificacion del carnet institucional dentro de la SUBRED | SERVICIO HOSPITALARIO y SUBRED |
| 17 | Prestar el servicio de conformidad con la programacion de agenda acordada con el supervisor del contrato, para el desarrollo de sus actividades. | Atencion del servicio | SERVICIO HOSPITALARIO |
| 18 | Velar por el cuidado de los equipos que se utilizan en los procedimientos | Capacitación y seguimiento de los mismos | SERVICIO HOSPITALARIO |

**Observaciones: 57 Horas ejecutadas, pendientes por certificar del mes de agosto**

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.** 1,026,282,382 **de** BOGOTÁ

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS | |
|---|---|
| **NOMBRE:** | GLORIA LILIANA MARTINEZ MERIZALDE |
| **CARGO:** | SUBGERENTE DE SERVICIOS DE SALUD |
| **FIRMA** | |