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: 6296 **C.D.P. No.:**

Proceso al que pertenece: GESTION HOSPITALARIA

Unidad a la que pertenece: UNIDAD DE PRESTACION DE SERVICIOS SANTA CLARA. UNIDAD DE SALUD MENTAL

Nombre del Contratista: STELLA FERNANDEZ PAVA **C.C.** 39,551,512 **de:** GIRARDOT (CUNDINAMARCA)

Fecha Inicio: 2021-05-25 **Fecha Terminación incial:** 2021-06-15 **Valor Mensual:** $ 1,600,000 **Valor a cobrar:** $ 1,600,000

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 1,600,000	2115	2021-07-16	2021-08-15
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	Junio	$ 1,866,667	$ 113,600	50460969
2	Julio	$ 1,600,000	$ 135,800	51333411
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
$ 2,720,000	$ 4,320,000	$ 3,466,667	$ 853,333

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 de Servicios de Salud SANTA CLARA.

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2021-07-01 **Hasta:** 2021-07-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUTO O EVIDENCIA
1	Realizar las actividades y participa en el plan de tratamiento de cada paciente determinado dentro del plan de manejo de su disciplina, con un alto nivel tecnico, etico y humano de una manera oportuna y pertinente en correspondencias cn las nececidades de los pacientes, y teniendo en cuenta que todas las deciciones clinicas generadas en la atencion, procuraran el mejoramiento de la salud del paciente, el uso racional del conocimiento medico y de los recursos disponibles.	Se realizaron las actividades de forma oportuna, de acuerdo a las programaciones, procedimientos y objetivos, bajo el seguimiento de terapia ocupacional.	Formato de seguimiento de las actividades realizadas, firmado por Terapia Ocupacional.
2	Brindar una atencion integral buscando los estandares de oportunidad, integridad, suficiencia, continuidad y pertinencia, en un ambiente de atencion personalizada y humanizada, cumpliendo el principio de equidad y con enfasis en actividades, procedimientos, protocolos, intervenciones y guias de atencion, de acuerdo a los estandares de habilitacion y acreditacion.	Se realizan las actividades de forma puntual con trato digno y respetuoso hacia todos los participantes.	Formato de seguimiento de las actividades realizadas, firmado por Terapia Ocupacional.
3	Prestar sus servicios tecnico asistenciales respetndo la autonomia institucional de la SUBRED, su vision, mision, estructura organica, reglmenyos administrativos, tecnicos, cientificos y disciplinarios, acogiendo las directrices institucionales.	Se realizan las actividades respeatndo las normas, protocolos y modelos establecidos por la SUBRED, bajo el seguimiento y orientacion de Terapia Ocupacional.	Formato de seguimiento de las actividades realizadas, firmado por Terapia Ocupacional.
4	Realizar las actividades segun las necesidades de la subred dando cobertura en todas las unidades en donde se oferta el servicio y se requerido.	Se realizan todas las actividades requeridas por el area de terapia ocupacional.	Formato de seguimiento de las actividades realizadas, firmado por Terapia Ocupacional.
5	Realizar actividades ludicas tanto para rehabilitacion integral, rehabilitacion cognitiva y social.	Realizacion de actividades ludicas y deportivas, grupales e individuales, fortaleciendo el proceso de rehabilitacion cognitiva y social.	Formato de seguimiento de las actividades realizadas, firmado por Terapia Ocupacional.

6	Brindar atencion reeducativa individual.	Se realizan actividades individuales con seguimiento de Terapia Ocupacional.	Formato de seguimiento de las actividades realizadas, firmado por Terapia Ocupacional.
7	Brindar apoyo a las actividades terapeuticas según programacion	Se realizaron las actividades de forma oportuna, de acuerdo a las programaciones, procedimientos y objetivos, bajo el seguimiento de terapia ocupacional.	Formato de seguimiento de las actividades realizadas, firmado por Terapia Ocupacional.
8	Tener la dispocision de asistir a las reuniones programadas.	Dispocision total para asistencia requerida.	Sin reuniones programadas a la fecha.
9	Promover en el servicio la cultura de los valores y principios eticos para garantizar la transparencia en todos los actos del servicio.	Las actividades se realizan haciendo enfasis en valores y principios.	Formato de seguimiento de las actividades realizadas, firmado por Terapia Ocupacional.
10	Participar en revistas y cierres de caso.	Participacion cuando el equipo de terapia Ocupacional lo reuiere,	
11	Participar en investigacion que permita conocer y plantar nuevas altenativas de diagnostico e intervencion de los usuarios.	Ejecucion de actividades con quipos inerdisciplinario en socializacion de estrategias, guias y protocolos.	Formato de seguimiento de las actividades realizadas, firmado por Terapia Ocupacional.
12	Participat en el diseño y la planeacion estrategica de la Unidad Funcional para el logro de la vision institucional.	Participacion en las actividades que apoyan la labor profesional con el area de coordinaciona y terapia ocupaional.	Formato de seguimiento de las actividades realizadas, firmado por Terapia Ocupacional.
13	Portat el carnet institucional de la SUBRED durante la ejecucion de las actividades contractuales.	Uso del carnet visible durante la jornada laboral.	Norma acatada.
14	Prestat el servicio de conformidad con la programacion de agenda acordada con el supervicor del contrato para el desarrollo de sus actividades.	Se realizaron las actividades de forma oportuna, de acuerdo a las programaciones, procedimientos y objetivos, bajo el seguimiento de terapia ocupacional.	Formato de seguimiento de las actividades realizadas, firmado por Terapia Ocupacional.
15	En caso de presentarse novedades, informar con anticipacion dicha situacion al supervisor para la prevision del respectivo reemplazo.	No se presentan novedades.	Sin novedad.
16	Velar porque la atencion sea humana, eficaz, calida con cada uno de los usuarios que requieren el servicio.	Se realizan las actividades dentro de un trato digno, calido y eficiente.	Formato de seguimiento de las actividades realizadas, firmado por Terapia Ocupacional.
17	Velar por el seguimiento de las normas de bioseuridad, salud ocupacional y gestion ambiental.	Se realizan las actividades cumpliendo las reglamentaciones establecidas en bioseguridad, gestion ambiental y salud ocupacional.	Formato de seguimiento de las actividades realizadas, firmado por Terapia Ocupacional.
18	Ejercer las actividades propias de la profesion de conformidad con las normas y/o reglamentos de acuerdo al objeto contractual y las necesidades del servicio contenidas en el formato de necesidad de servicio que hace parte del presente contrato.	Se realizan las funciones correspondientes al servicio con etica y profesionalismo, siguiendo los reglamentos establecidos en el contrato.	Formato de seguimiento de las actividades realizadas, firmado por Terapia Ocupacional.

Observaciones:

Firma del Contratista

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

C.C. 39,551,512 de GIRARDOT (CUNDINAMARCA)

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	Hugo Cesar Reyes G.
CARGO:	Medico Especialista.
FIRMA	