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 – GESTION DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CÓDIGO: AP-[illegible]-FT-014
VERSIÓN: 01
FECHA: 2017-[illegible]-07

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

Nº. CONTRATO - OPS: 2665-2019 C.D.P. No.: 6

Proceso al que pertenece: Misional

Unidad a la que pertenece: San Blas

Nombre del Contratista: ISABEL CRISTINA ESCOBAR CASTRO

C.C. 28.822.424 de: LIBANO

Fecha Inicio: 2019/02/1 Fecha Terminación incial: 2019/07/31

Valor Mensual $ 2.317.824 Valor a cobrar: $ 2.317.824

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 1.832.160	1756	2019/08/ 1	2019-09-30
2	$ 2.824.960	2304	01/10/2019	2019-10-31
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	FEBRERO	$ 2.184.[illegible]00	$ 371.300	8921019385
2	MARZO	$ 2.151.[illegible]96	$ 277.800	8921193850
3	ABRIL	$ 2.151.[illegible]96	$ 272.900	8922462090
4	MAYO	$ 1.638.[illegible]00	$ 292.000	8923636900
5	JUNIO	$ 2.246.[illegible]00	$ 272.900	8924338290
6	JULIO	$ 2.246.[illegible]00	$ 322.500	8925418650
7	AGOSTO	$ 2.496.[illegible]00	$ 322.500	8926507680
8	SEPTIEMBRE	$ 2.446.[illegible]02	$ 322.500	8926625280
9	OCTUBRE	$ 2.317.[illegible]24	$ 322.500	8927658870
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
$ 16.848.000	$ 21.505.120	$ 19.878.208	$ 1.626.912

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

OBJETO DEL CONTRATO

Relación de actividades para el periodo: Desde: 2019/10/01 Hasta: 2019/10/31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las establecidas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	Realizar actividades Diagnósticas y Terapéuticas para el manejo de Patologías establecidas dentro del Plan Integral del Paciente.	1. Recepción de documentos (factura y orden médica).
2	Realizar evaluaciones e intervención a usuarios con alteraciones en el desarrollo psicomotor, y pacientes que presentan deficiencia en su sistema osteomuscular y neurológico.	2. Verificación de HC.
3	Realizar las valoraciones de los pacientes de interconsultados de los diferentes servicios.	3. Aplicación de medios físicos (termoterapia y crioterapia).
4	Realizar tratamiento y seguimiento a los pacientes valorados.	4. Realización de ejercicios terapeuticos según diagnóstico médico.
5	Dar pautas de manejo a las madres y/o familiares de los pacientes valorados.	5. Realizar recomendación y entrega de plan de ejercicios en casa.
6	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	6. Diligenciamiento de HC.
7	Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes	7. Estadística de consultas realizadas diarias. Manejo de Historia Clinica ,Rips,estadistica mensual :
8	Participación en las actividades de revista, caso clínico con el fin de evaluar y en caso de ser necesario ajustar el plan individual de habilitación / rehabilitación del usuario ambulatorio u hospitalizado	8. Respuesta de interconsultas de pacientes hospitalizados.
9	Informar al usuario, su familia o cuidador las actividades que debe seguir, al inicio de su proceso de habilitación/rehabilitación y posterior a la ejecución del plan de intervención o su egreso	9. Aplicación de electroestimulación y ultrasonido.
10	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	144 Horas
11	Participar en la programación de las actividades de la entidad	
12	Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.	
13	Notificar los sucesos de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio	
14	Impartir instrucciones al personal relacionado con el manejo de los pacientes.	
15	Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad	
16	Realizar las intervenciones al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio.	
17	Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.	
18	Participación en la actualización e implementación de guías de manejo, protocolos y procedimientos requeridos en el servicio	
19	Informar las dificultades surgidas en el desarrollo del proceso de habilitación/ rehabilitación del usuario, así como los insumos, materiales y equipo necesario para el desarrollo de las actividades.	
20	Registrar las actividades realizadas, de acuerdo con el sistema de información del servicio, para consolidar la producción mensual del área	
21	Participación en investigación que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios	
22	Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado.	
23	Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la normatividad vigente	
24	Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento.	
25	Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas.	
26	Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	
27	Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Entidad, además de apoyar la implementación de los mismos.	

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

Isabel Escobar C.
Firma del Contratista

C.C. 28.822.424 de LIBANO

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	ANGELA MENDOZA.
CARGO:	LIDER REHABILITACION RED CENTROORIENTE
FIRMA	[signature]

Scanned by CamScanner