

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: 1149 2019 C.D.P. No.: 109 Proceso al que pertenece: ASISTENCIAL
Unidad a la que pertenece: SAN BLAS
Nombre del Contratista: CONSUELO PERDOMO MEDINA
C.C. 55 159 335 de: BOGOTA
Fecha Inicio: 2019/01/02 Fecha Terminación inicial: 2018/31/07
Valor Mensual: \$2,510,976 Valor a cobrar: \$2,510,976

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	\$ 5.057.664	1756	1/08/2019	30/09/2019
2	\$ 3.090.432,00	2304	1/10/2019	30/11/2019
3	\$ 2.704.128	2792	30/11/2019	31/12/2019
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NUMERO DE PLANILLA
1	FEBRERO	\$ 2.620.800	\$ 371.200	8332628493
2	MARZO	\$ 2.808.000	\$ 395.800	8333598639
3	ABRIL	\$ 2.808.000	\$ 394.700	8333827717
4	MAYO	\$ 2.808.000	\$ 395.300	8334455065
5	JUNIO	\$ 2.808.000	\$ 394.700	8335118872
6	JULIO	\$ 2.995.200	\$ 370.700	8335684511
7	AGOSTO	\$ 2.897.280	\$ 393.000	8336666675
8	SEPTIEMBRE	\$ 2.897.280	\$ 393.000	8337334708
9	OCTUBRE	\$ 3.090.432	\$ 393.000	8337932993
10	NOVIEMBRE	\$2.510.976	\$ 393.000,00	8338284596
11				
12				
13				
14				
15				

Resumen de contrato	VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
	\$ 17.971.200	\$ 28.823.424	\$ 28.243.968	\$ 574.456

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

PRESTAR SUS SERVICIOS PERSONALES Y PROFESIONALES, EN SU CONDICIÓN DE TERAPEUTA RESPIRATORIA PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES Y DEMAS ASIGNADAS, EN LOS DIFERENTES SERVICIOS Y EN LAS UNIDADES

Relación de actividades para el periodo: Desde: 2019-11-01 Hasta: 2019-11-30

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS

(Las estipuladas en la minuta)

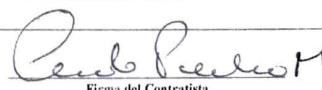
- Realizar las actividades diagnósticas y terapéuticas para el manejo de patologías establecidas dentro del plan integral de cada paciente
- Realizar el manejo integral a los pacientes hospitalizados, en las unidades de cuidado crítico, intermedio y/o sala ERA: 4 SALA ERA
- Realizar tratamiento y seguimiento a los pacientes valorados: SALA ERA SEGUIMIENTOS 4
- dar pautas de manejo y educación a las madres o familiares de los paciente valorados
- velar por el uso racional de los elementos de terapia respiratoria
- realizar los seguimientos telefónicos a pacientes menores de 5 años con dx de ERA atendidos e hospitalización urgencias consulta externa
- control de oximetría en pacientes del programa crónicos de oxígeno domiciliario del hospital
- elaborar las estadísticas diarias de actividades que se realizan y el consolidado mensual para ser entregado en forma oportuna
- cumplir con las exigencias legales y éticas para para adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes
- Participar en las actividades de revista, caso clínico con el fin de evaluar en caso de ser necesario ajustar el plan individual

DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO

ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN

- Se realizan actividades tales como toma de gases arteriales de acuerdo a orden médica
- Se realizan micronebulizaciones ordenadas a los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intermedios. Se realizan acciones propias en el servicio de Sala Era
- llevar un seguimiento de control sobre el actual estado de los pacientes atendidos
- dar un manejo educativo de conocimiento a los padrea de familia para evitar enfermedad respiratoria y como identificarlas
- cuidar los elementos de terapia respiratoria
- realizar los seguimientos de pacientes identificados con ERA en los servicios
- realizar control de oximetrías en pacientes crónicos con oxígeno domiciliario
- realizar las estadísticas e informes según los estipulado
- tener reserva de los datos y manejo consignados en la historia clínica
- rehabilitación del usuario hospitalizado

180

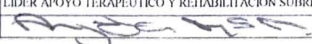

Firma del Contratista

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. 55 159 335 de NEIVA (HUILA)

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS

NOMBRE:	Dra. ANGELA MENDOZA
CARGO:	LIDER APOYO TERAPEUTICO Y REHABILITACION SUBRED CENTRO-ORIENTE
FIRMA	

Señor(es): CONSUELO PERDOMO MEDINA
Nit: CC 55159335
Dirección: CRA 99 14 78 APT 204 TRR 2
Teléfono: 4628085 Fax:
Ciudad: BOGOTA, D.C.

Respetado(s) señor(es)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:



compensar | miplanilla.com

Valor de la cuota de inscripción	CONSEJO PERDOMO ME
Valor de la cuota de inscripción	55159335
Valor de la cuota de inscripción	8338284596
Valor de la cuota de inscripción	11872919
Valor de la cuota de inscripción	22168141
Valor de la cuota de inscripción	1023
Valor de la cuota de inscripción	\$0

1. Number of months	1
2. Start date	October 2019
3. End date	October 2019
4. Periodicity	October 2019
5. Number of observations	3
6. Total value	\$393,000
7. Total percentage	\$0

[illegible]