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: 01

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 3014 2019	**C.D.P. No.:**	162	**Proceso al que pertenece:**	SERVICIOS COMPLEMENTARIOS
				Unidad a la que pertenece:	BAJA COMPLEJIDAD

Nombre del Contratista: MARITZA CAROLINA CHAPARRO HOYOS **C.C.** 1.010.182.353 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2019-03-01 **Fecha Terminación Inicial:** 2019-03-31 **Valor Mensual:** $ 1.965.600 **Valor a cobrar:** $ 2.897.280

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 5.451.360	1756	2019-06-15	2019-10-01
2	$ 2.897.280	2333	2019-10-02	2019-11-30
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	$ 2.558.400	$ 317.300	8332711762
2	MARZO	$ 2.558.400	$ 318.200	8333300116
3	ABRIL	$ 2.558.400	$ 316.900	83333919424
4	MAYO	$ 2.745.600	$ 347.800	8334876462
5	JUNIO	$ 2.340.000	$ 294.000	8335376585
6	JULIO	$ 2.808.000	$ 382.700	8335376585- 8336163502
7	AGOSTO	$ 2.639.744	$ 361.300	8336709104- 8337006772
8	SEPTIEMBRE	$ 2.897.280	$ 358.600	8337337469
9	OCTUBRE	$ 2.897.280	$ 358.900	8338003457- 8338078436
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
$ 15.912.000	$ 24.260.640	$ 24.003.104	$ 257.536

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

OBJETO DEL CONTRATO

RESTAR SUS SERVICIOS PERSONALES DE APOYO, EN SU CONDICION DE PROFESIONAL EN FISIOTERAPIA, PARA LA EJECUCION DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LOS DIFERENTES SERVICIOS CONFORME A AS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

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

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	1) Realizar las actividades diagnosticas y terapeuticas para el manejo de patologias establecidos dentro del plan integral de cada paciente.	Realizar las valoraciones y atencion terapeutica pertinente.
2	2) Realizar evaluaciones e intervención a usuarios con alteraciones en el desarrollo psicomotor y pacientes que presentan deficiencia en su sistema	Diligenciar los formatos de manera adecuada de acuerdo a las normas establecidas.
3	3) Realizar las valoraciones de los pacientes de interconsultados de los diferentes servicios.	Diligenciar los formatos de manera adecuada de acuerdo a las normas establecidas.
4	4) Realizar tratamiento y seguimiento a los pacientes valorados.	Seguir guia e instructivos y protocolos establecidos por el servicio.
5	5) Dar pautas de manejo a las madres y/o familiares de los pacientes valorados	Dar indicaciones y recomendaciones para la terapia.
6	6) Ejecución del plan individual de habilitación / rehabilitación, en relación a las actividades individuales y/o grupales definidas para el usuario ambulatorio u	Seguir con indicaciones de manual de bioseguirdad vigente.
7	7) Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clinica de los pacientes.	Diligenciar los formatos de manera adecuada de acuerdo a las normas establecidas.
8	8) 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	Dar indicaciones y recomendaciones para manejo en casa.
9	9) Llevar registro de la atención de las actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la normatividad	diligenciar los formatos de manera adecuada de acuerdo a la normatividad.
10	10) Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.	Reporte en bitacora e intranet.

Observaciones: SE CERTIFICAN 180 HORAS

Maritza chaparro
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. 1.010.182.353 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	ANGELA MARIA MENDOZA
CARGO:	Supervisora Contrato Servicios Complementarios
FIRMA	

Scanned by CamScanner