Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

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:** NEIVA -HUILA

Fecha Inicio: 2/01/2019 **Fecha Terminación inicial:** 2019/31/07

Valor Mensual: $ 3.090.432 **Valor a cobrar:** $ 3.090.432

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	2304	1/10/2019	30/11/2019
4	$ 2.704.128	2792	30/11/2019	31/12/2019
5	$ 3.090.432	3175	1/12/2019	31/12/2019
6	$ 2.510.976	3454	1/01/2020	31/01/2020
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 PLAN
1	FEBRERO	$ 2.620.800	$ 371.200	8332628493
2	MARZO	$ 2.808.000	$ 395.800	8333598639
4	ABRIL	$ 2.808.000	$ 394.700	8333827717
5	MAYO	$ 2.808.000	$ 395.300	83334455065
6	JUNIO	$ 2.808.000	$ 394.700	8335118872
7	JULIO	$ 2.995.200	$ 370.700	83335684511
8	AGOSTO	$ 2.897.280	$ 393.000	8335684511
9	SEPTIEMBRE	$ 2.897.280	$ 393.000	8336666675
10	OCTUBRE	$ 3.090.432	$ 393.000	8337334708
11	NOVIEMBRE	$ 2.510.976	$ 393.000	8337932993
12	DICIEMBRE	$ 2.897.280	$ 393.000	8338284596
13	ENERO	$ 3.090.432	$ 393.000	8339596083
14				
15				

Resumen de contrato	VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
	$ 17.971.200	$ 34.424.832	$ 34.231.680	$ 193.152

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

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:** 2020-01-01 **Hasta:** 2020-01-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACION
1	Realizar las actividades diagnósticas y terapéuticas para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de cada paciente	Se realizan actividades tales como toma de gases arteriales de acuerdo a orden médica.
2	Realizar el manejo integral a los pacientes hospitalizados, en las unidades de cuidado crítico, intermedio y/o sala ERA	Se realizan micronebulizaciones ordenadas a los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intermedios. Se realizan acciones p servicio de Sala Era.
3	Realizar tratamiento y seguimiento a los pacientes valorados	llevar un seguimiento de control sobre el actual estado de los pacientes atendidos
4	dar pautas de manejo y educacion a las madres o familiares de los paciente valorados	dar un manejo educativo de conocimiento a los padrea de familia para evitar enfermedad respiratoria y como identificarlas
5	velar por el uso racional de los elementos de terapia respiratoria	cuidar los elementos de terapia respiratoria
6	realizar los seguimientos telefónicos a pacientes menores de 5 años con dx de ERA atendidos e hospitalizacion urgencias consulta externa	realizar los seguimientos de pacientes identificados con ERA en los servicios
7	control de oximetria en pacientes del programa cronicos de oxigeno domiciario del hospital	realizar control de oximetrias en pacientes cronicos con oxigeno domiciario
8	elaborar las estadisticas diarias de actividades que se realizan y el consolidado mensual para ser entregado en forma oportuna	realizar las estadisticas e informes según los estipulado
9	cumplir con las exigencias legales y eticas para para adecuado manejo de la historia clinica de los pacientes	tener reserva de los datos y manejo consignados en la historia clinica
10	Participar en las actividades de revista, caso clinico con el fin de evaluar en caso de ser necesario ajustar el plan individual	rehabilitacion del usuario hospitalizado

Observaciones:
192

Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL.
En caso de tener contrato nuevo se debe anexar tambien la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro

Firma del Contratista

C.C. 55.159.335 **de** NEIVA -HUILA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	Dra ANGELA MARIA MENDOZA MESA
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

Nombre	CONSUELO PERDOMO ME
Tipo y número de identificación	55159335
Número de radicación planilla	8339596083
Fecha de pago	1/8/2020
Número de autorización de pago	55998207
Banco	1023
Valor Comisión	$0

Número de empleados	1
Periodo cotización salud	Diciembre 2019
Periodo cotización pensión	Diciembre 2019
Periodo cotización caja	Diciembre 2019
Número de administradoras	3
Total Pagado	$393.000
Total interes mora	$0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	$31.000	1
230301	Porvenir	$203.200	1
EPS008	Compensar EPS	$158.800	1

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información