

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPB: **C.D.F. No.:** **Proceso al que pertenece:**

Unidad a la que pertenece:

Nombre del Contratista: **C.C.:** **de:**

Fecha Inicio: **Fecha Terminación final:** **Valor Mensual:** **Valor a cobrar:**

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	\$ 2.553.166	2101	2020-01-01	2020-06-30
2	\$ 2.984.220	2713	2020-09-01	2020-09-30
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 CORRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	FEBRERO	\$ 2.752.114	\$ 360.100	8340483140 - 8340861717
2	MARZO	\$ 2.783.272	\$ 349.700	8341477345
3	ABRIL	\$ 2.652.640	\$ 346.700	8341821515
4	MAYO	\$ 2.619.482	\$ 346.500	8342466660
5	JUNIO	\$ 2.752.114	\$ 200.900	42973130
6	JULIO	\$ 3.617.378	\$ 346.500	43877413
7	AGOSTO	\$ 2.718.956	\$ 373.600	44618870
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
	\$ 16.910.580	\$ 22.447.966	\$ 19.297.956	\$ 3.150.010

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

PRESTAR SUS SERVICIOS PERSONALES DE APOYO, EN SU CONDICIÓN DE PROFESIONAL EN FISIOTERAPIA, PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LOS DIFERENTES SERVICIOS CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Obligaciones Específicas (Las especificadas en la propuesta)		DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO	
		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERÍODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1) Realizar las actividades diagnósticas y terapéuticas para el manejo de patologías establecidas dentro del plan integral de	Realizar las valoraciones y atención terapéutica pertinente.	historia clínica
2	2) Realizar evaluaciones e intervención a usuarios con alteraciones en el desarrollo psicomotor, y pacientes que	Diligenciar los formatos de manera adecuada de acuerdo a las normas establecidas.	historia clínica
3	3) Realizar las valoraciones de los pacientes de interconsultas de los diferentes servicios	Diligenciar los formatos de manera adecuada de acuerdo a las normas establecidas.	historia clínica
4	4) Realizar tratamiento y seguimiento a los pacientes valorados	Seguir guía e instructivos y protocolos establecidos por el servicio.	historia clínica
5	5) Dar pautas de manejo a las madres y/o familiares de los pacientes valorados	Dar indicaciones y recomendaciones para la terapia	historia clínica
6	6) Ejecución del plan individual de rehabilitación / rehabilitación, en relación a las actividades individuales y/o grupales definidas para el usuario ambulatorio u hospitalizado y de acuerdo a las características del servicio	Seguir con indicaciones de manual de bioseguridad vigente	no aplica
7	7) Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes	Diligenciar los formatos de manera adecuada de acuerdo a las normas establecidas.	historia clínica
8	8) Informar al usuario, su familia o cuidador las actividades que debe seguir, al inicio de su proceso de rehabilitación/rehabilitación	Dar indicaciones y recomendaciones para manejo en casa	plan casero
9	9) 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	Llevo 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	Formato control estadística y formato de facturación
10	10) Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente	Reporte en bitácora e intranet	no aplica
11	11) Asignar plan casero o actividades para realizar en casa a los pacientes que lo requieran y que han sido atendidos	diligenciar formatos de planes caseros	formatos, plan casero
12	12) Notificar los sucesos de calidad que se presentan en el servicio.	Realizó Notificación de los sucesos de calidad que se presentan en el	reporte de sucesos de seguridad del paciente
13	13) Cumplir con las normas de bioseguridad	seguir con indicaciones de manual de bioseguridad vigente	lista de chequeo de utilización de elementos de protección personal
14	14) Apoyar actividades realizadas con el proceso de acreditación de la sub red integrada de servicios de salud centro oriente E.S.E	realizan actividades de apoyo para la Sub red centro oriente	actas de reuniones de acreditación

Observaciones: SE CERTIFICAN 164 horas

Se anexa certificación de pago a Salud y Atención a MJ

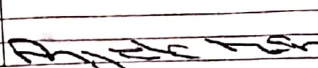
En caso de tener contrato nuevo se debe anexar tanto en la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro.

C.C. 1.010.182.353

de

BOGOTÁ

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS

NOMBRE:	
CARGO:	
FIRMA:	

Último ingreso exitoso: 2020-08-24 / 08:11:51 AM | Último ingreso fallido: 2020-04-07 / 11:29:04 AM

Datos	Empleados	Planillas	Documentos	Reportes	Cesantías	Pensiones Voluntarias	Salir
-------	-----------	-----------	------------	----------	-----------	-----------------------	-------

Periodo Pensión: Julio 2020. Periodo Salud: Julio 2020.

Agosto 24 de 2020 / 8:13 AM

[Inicio](#) > [Planillas](#) > [Resumen de pago](#)

Planillas / Resumen de pago

Información básica de la planilla

Empresa:	MARITZA CAROLINA CHAPARRO HOYOS	Nit:	1010182353
Tipo planilla:	I	Periodo liquidación Pensiones	Julio 2020
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	Periodo liquidación Salud:	Julio 2020
Número de radicación:	44618870	Total a pagar:	\$373,600
Fecha de vencimiento:	14/08/2020	Total de empleados:	1
Fecha de pago:	10/08/2020	Número de administradoras:	3

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	Nit recaudo:	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	Medio de pago:	Pago Electronico por PSE
Banco:	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	Número de aprobación:	707602140
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Totales

Código	NIT	Administradoras	No. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total pagado
14-7	860002503	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	1		\$0.00	\$29,500
25-14	900336004	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	1		\$0.00	\$193,200
EPS008	860066942	Compensar EPS	1		\$0.00	\$150,900
						\$373,600

*Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos

[»Ver planillas pagadas](#)

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

[Exportar reporte a Excel](#) [Exportar reporte a PDF](#)

Imprimir transacción

<https://www.miplanilla.com/>

Todos los derechos reservados © 2020 . Compensar - Cenet S.A.



Powered by



Acerca de los certificados SSL



