

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

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE S.S.E  
APOYO - GESTIÓN DE PERSONAS Y ARQUITECTURA  
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CÓDIGO: AP-14-PT-014  
VERSIÓN: 01

**I. DATOS GENERALES DEL CONTRATO**

No. CONTRATO - OPS: 75 2385 2020 C.D.F. No.: 11 Proceso al que pertenece: GISTRON HOSPITALARIA  
Unidad a la que pertenece: CAPS CHIRICALES

Nombre del Contratista: NEYDE JESSETTE CARDONA HERRERA C.C: 32902174 de: BOGOTÁ

Fecha Inicio: 2020-02-01 Fecha Terminación final: 2020-07-31 Valor Mensual: \$ 3.100.373 Valor a cubrir: \$ 3.100.373

| ADICIÓN OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|-----------------|---------------|-----|-----------------|----------------------|
| 1               |               |     |                 |                      |
| 2               |               |     |                 |                      |
| 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                | \$ 3.218.400  | \$ 347.400                  | 774243981          |
| 2      | MARZO                  | \$ 3.290.640  | \$ 348.700                  | 774649829          |
| 3      | ABRIL                  | \$ 3.218.430  | \$ 347.400                  | 774903312          |
| 4      | MAYO                   | \$ 3.403.510  | \$ 362.400                  | 775281284          |
| 5      | JUNIO                  | \$ 3.083.790  | \$ 312.800                  | 775622282          |
| 6      | JULIO                  | \$ 3.100.373  | \$ 332.400                  | 775866059          |
| 7      |                        |               |                             |                    |
| 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 |
|----------------------------|--------------------------|------------------|--------------------|
| \$ 19.899.608              | \$ 19.899.608            | \$ 16.794.827    | \$ 2.304.481       |

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

**OBJETO DEL CONTRATO**

PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES DE MANERA PERSONAL Y AUTÓNOMA EN SU CONDICIÓN DE FISIOMATROLOGO Y TERAPISTA FISIOTERAPEUTA, PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LOS DIFERENTES SERVICIOS Y EN LAS UNIDADES QUE SE REQUIERA, CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE S.S.E.

Relación de actividades para el periodo: Desde: 2020-07-01 Hasta: 2020-07-31

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS<br>(De acuerdo a la norma)                                                                                                                                     | DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO<br>ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERÍODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO EVIDENCIA |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| 1. Realizar las actividades diagnósticas y terapéuticas para el manejo de patologías establecidas dentro del plan integral de cada paciente                                             |                                                                                                          |                    |
| 2. Realizar el manejo integral a los pacientes hospitalizados, ambulatorios y urgencias                                                                                                 |                                                                                                          |                    |
| 3. Realizar tratamientos y seguimiento a los pacientes valorados                                                                                                                        |                                                                                                          |                    |
| 4. Dar pautas de manejo y educación a las madres y/o familiares de los pacientes valorados                                                                                              |                                                                                                          |                    |
| 5. Elaborar la estadística diaria de las actividades que se realizan y el consolidado mensual para ser entregado dentro de los 5 primeros días del mes siguiente                        |                                                                                                          |                    |
| 6. Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes                                                                          |                                                                                                          |                    |
| 7. Participar 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 paciente     |                                                                                                          |                    |
| 8. Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente                                                                           |                                                                                                          |                    |
| 9. 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 |                                                                                                          |                    |
| 10. Velar por el seguimiento de los niveles de desempeño, salud ocupacional y gestión ambiental                                                                                         |                                                                                                          |                    |
| 11. Diseñar y/o ajustar plan de atención individual para atender en casa a los pacientes que lo requieren y que han sido atendidos                                                      |                                                                                                          |                    |
| 12. Velar porque la atención sea humana, eficaz, calida con todos y cada uno de los usuarios que requieren el servicio                                                                  |                                                                                                          |                    |
| 13. Desarrollar las actividades para el fortalecimiento de los centros de atención primaria (CAPS)                                                                                      |                                                                                                          |                    |
| 14. Portar el carnet institucional de la SUBRED durante la ejecución de las actividades contractuales                                                                                   |                                                                                                          |                    |
| 15. Cumplir con todas las medidas de seguridad y bioseguridad para el manejo de los dispositivos médicos y comportamiento dentro de las diferentes áreas del servicio                   |                                                                                                          |                    |
| 16. Ejecutar las actividades propias de la profesión de conformidad con las normas y/o reglamentos de acuerdo al objeto contractual y las necesidades del servicio                      |                                                                                                          |                    |

Observaciones:

Se anexa certificación de pago a Salud, persona y APL. En caso de tener contrato nuevo se debe anexar también la certificación con firma para con la primera página de cobro

C.C.: 32902174 de BOGOTÁ

**VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS**

| NOMBRE | CARGO | FIRMA |
|--------|-------|-------|
|        |       |       |

