Unidad Distrital E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
APOYO – GESTIÓN DE SUMINISTROS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CÓDIGO: AP-GA-PT-014
VERSIÓN: 02
FECHA: 2019-05-04

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No CONTRATO - OPS:	[illegible]	C.D.P. No.:	502	Persona al que pertenece:	PRESTADO ASESOR SOL - ENFERMERIA
				Unidad a la que pertenece:	UNIDAD SANTA CLARA
Nombre del Contratista:	LUZ STELLA FLOREZ MALAVER			C.C.:	51.966.129 de: BOGOTA
Fecha Inicio:	2021-02-01	Fecha Terminación Inicial:	2021-05-31	Valor Mensual:	$ 1.117.800 Valor a cobrar: $ 1.117.800

ADICIÓN OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 2.187.000	792	2021-04-01	2021-06-30
2	$ 2.675.000	1226	2021-05-01	2021-06-15
3	$ 3.462.000	1777	2021-06-16	2021-08-15
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	FEBRERO	$ 1.117.800	$ 201.200	84511270649
2	MARZO	$ 1.506.000	$ 201.200	86166857125
3	ABRIL	$ 1.449.000	$ 201.200	88177963114
4	MAYO	$ 1.516.500	$ 201.200	89747715025
5	JUNIO	$ 1.117.800	$ 201.200	94101160772
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				

Resumen de contrato:

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 3.032.640	$ 11.294.640	$ 6.966.000	$ 4.328.640

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO DE MANERA PERSONAL Y AUTÓNOMA, EN SU CONDICIÓN DE CAMILLERO, PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LOS PROCESOS DE GESTIÓN HOSPITALARIA, ORIENTANDO Y QUIRÚRGICOS, CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD E.S.E.

Relación de actividades para el período: Desde: 2021-06-01 Hasta: 2021-06-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO	
		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1. Trasladar de los pacientes a los servicios, verificando la disponibilidad de la cama, seguridad y integridad del paciente (brazalete, sonda, oxigeno, protegiendo el paciente del frio, y cuidado de su intimidad) y demás reglamentos establecidos por la Entidad.	Se garantizo el traslado de los pacientes entre las diferentes areas de manera oportuna, segura, humanizadoy garantizando la seguridad del paciente en el mes JUNIO del 2021	Formato Hoja de ruta de Camillero
2	2. Trasladar los muestras biológicas al laboratorio clínico, de forma oportuna.	Se realizo el traslado del 100% de las muestras garantizando las normas de calidad y seguridad en el mes de JUNIO del 2021	Formato Hoja de ruta de Camillero
3	3. Usar los elementos de bioseguridad en el traslado de muestras y procedimientos.	Se realizo el traslado del 100% de las muestras garantizando el uso adecuado de los elementos de bioseguridad en el mes de JUNIO del 2021	
4	4. Tramitar la facturación de órdenes de servicio en forma oportuna (laboratorio, ecografías, rayos X, etc.)	Se realizo la gestion de facturacion del 100% de las ordenes de servicio de los pacientes que requirieron apoyo diagnostico en el mes de JUNIO del 2021	Formato Hoja de ruta de Camillero
5	5. Trasladar los equipos e insumos a los servicios, velando por la integridad y seguridad de los mismos.	Se realizo el traslado del 100% de los equipos e insumos de manera segura	
6	6. Responder por el inventario que se le ha asignado, utilizando adecuadamente los equipos y elementos suministrados para llevar a cabo su actividad.	Se garantizo la custodia de los equipos asignados para el cumplimiento de las actividades programadas para el mes de JUNIO del 2021	
7	7. Realizar la desinfección de los equipos asignados, de acuerdo al protocolo.	Se garantizo el proceso de limpieza y desinfeccion de los equipos asignados para el cumplimiento de las actividades programadas para el mes de JUNIO del 2021	
8	8. Asumir de forma responsable y respetuosa la atención al paciente y compañeros del servicio.	Para el mes de JUNIO del 2021 se cumplieron las actividades asignadas de manera responsable y trabajo en equipo	
9	9. Conservar, mantener y garantizar la reserva legal de la Historia Clínica.	Se garantizo el manejo de la historia clinica de acuerdo a lo establecido en la normatividad en el mes de JUNIO del 2021	
10	10. Asistir a los cronogramas del grupo funcional y capacitaciones programadas por la entidad, de conformidad con sus actividades.	Se realizo la partipacion en las reuniones y capacitaciones programadas para el mes de JUNIO del 2021	Listado de Asistencia
11	11. Mantener reserva de la información que le sea suministrada en desarrollo de su servicio y de todos aquellos asuntos del mismo.	las actividades programadas se desarrollaron garantizando la confidencialidad de la información	
12	12. Informar daños de equipos o accidentes ocurridos durante el traslado de pacientes.	para el mes de JUNIO del 2021 se realizaron los reportes de sucesos de seguridad durante el desarrollo de las actividades programadas	
13	13. Informar oportunamente el informado del proceso (acontecimiento) que se presenten con pacientes, insumos y equipos.	Durante el mes de JUNIO del 2021 se garantizo una comunicacion efectiva y oportuna con el equipo de trabajo	
14	14. Trasladar los pacientes fallecidos a la morgue y ubicarlos en la sección destinada para tal fin.	El 100% de los cadaveres se trasladaron de cuerdo al protocolo de Manejo digno del Fallecido	Formato Hoja de ruta de Camillero
15	15. Realizar traslado de los pacientes a los diferentes volúmenes y valoraciones requeridas, en forma oportuna y segura, de conformidad con las necesidades del servicio.	Se garantizo el traslado del 100% de los pacientes a las diferentes areas a nivel institucional de manera oportuna y segura en el mes de JUNIO del 2021	Formato Hoja de ruta de Camillero
16	16. Tramitar oportunamente las ordenes de exámenes especiales externos como tac, ecografías, ecocardiogramas, endoscopias, etc.	Se realizo la gestion administrativa del 100% de las ordenes de servicio de los pacientes que requirieron apoyo diagnostico en el mes de JUNIO del 2021	Formato Hoja de ruta de Camillero
17	17. Dar cumplimiento a guías y protocolos establecidos por la Entidad.	Las actividades programadas para el mes de JUNIO del 2021 se realizaron de acuerdo a los protocolos institucionales	
18	18. Atender todo con calidez y calidad al paciente y la familia, dando una atención humanizada considerando el respeto por la dignidad humana.	Se garantizo la atencion del paciente con calidad, calidez y humanizacion a los pacientes asignados en el mes de JUNIO del 2021	
19	19. Participar en las actividades de código rojo, código azul, y aplicación de las guías y protocolos de gestión de [illegible] establecidos.	Se cumplieron las actividades desde mi competencias en la atencion de los pacientes con codigo rojo, azul teniendo encuenta directrices institucionales	Formato Hoja de ruta de Camillero
20	20. Realizar la entrega de las actividades al finalizar las mismas.	Se garantizo el registro de las actividades de la Hoja de ruta del camillero	Formato Hoja de ruta de Camillero
21	21. Ejercer las actividades propias de la profesión de conformidad con las normas y/o reglamentos de acuerdo al objeto contractual y las necesidades del servicio.	Se ejecutaron las actividades programadas para el mes de JUNIO del 2021 de acuerdo a las competencias	Formato Hoja de ruta de Camillero
22	22. Recibir y entregar turno de acuerdo a lo acordado con el Supervisor y de conformidad al objeto contractual de la Entidad.	se realizo el recibo y entrega de turno de acuerdo al protocolo de institucional	1. Acta entrega de turno

Observaciones:

Se anexar 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

LUZ STELLA FLOREZ M
Firma del Contratista

C.C. 51.966.129 de BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS

NOMBRE	[illegible]
CARGO	C.C. No. 52.031.204 [illegible]
FIRMA	[illegible]

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificacion	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Telefono	Exonerado SENA e ICBF
CC 51966129		FLOREZ MALAVER LUZ STELLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	DG 49 15A 24	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8002459	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pension	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-06	2021-06	29540715	542013607	I	2021/07/09	2021/06/09	BANCO DE OCCIDENTE	0	$281,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombre	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$908,526	$145,400			$908,526	$113,600			$0	$0			$908,526	$22,200		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$908,526	$145,400			$908,526	$113,600			$0	$0			$908,526	$22,200		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$908,526	$145,400			$908,526	$113,600			$0	$0			$908,526	$22,200		$0	$0
1	CC	51966129	FLOREZ LUZ	25-14	30	$908,526	$145,400	EPS047	30	$908,526	$113,600		0	$0	$0	14	30	$908,526	$22,200	0	$0	$0
Total	Afiliados(1)					$908,526	$145,400			$908,526	$113,600			$0	$0			$908,526	$22,200		$0	$0

2021/06/09 09:50 AM



Resumen General de Pago

CUENTA DE COBRO (Consecutivo) No. 6 del Mes de junio de 2021

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD
CENTRO ORIENTE E.S.E.
Nit. 900.959.051.7

DEBE A:

Nombre: LUZ STELLA FLOREZ ALVAREZ
C.C. No. 51966129

La suma de: $ 1'117.800

Total Horas: 138

Por concepto de:

- Honorarios por Prestación de Servicios en cumplimiento del Contrato No. PS 2390 2021, correspondiente al mes de Junio 2021.

OBJETO: PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES, DE MANERA PERSONAL Y AUTONOMA, EN SU CONDICIÓN DE CAMILLERA 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 E.S.E.

Cordialmente,

LUZ STELLA FLOREZ A

C.C. No. 51966129
Dirección: DIAG 49S #15A24

Teléfono: 3133071606