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

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E**
**APOYO – GESTION DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO**
**FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO**

**CÓDIGO: AP-IA-FT-014**
**VERSIÓN: 02**
**FECHA: 2020-05-04**

## 1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| No. CONTRATO - OPS: | PS 2038 2020 | C.D.P. No.: | 11 | Proceso al que pertenece: | PROCESO ASISTENCIAL - ENFERMERIA |
| | | | | Unidad a la que pertenece: | UNIDAD SANTA CLARA |

Nombre del Contratista: EFRAIN JIMENEZ BERNAL — C.C. 79.700.557 — de: BOGOTA

Fecha Inicio: 2020/02/01 — Fecha Terminacion incial: 2020/07/31 — Valor Mensual: $ 1.623.840 — Valor a cobrar: $ 1.623.840

| ADICION/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | $ 2.217.880 | | 1/08/2020 | 31/08/2020 |
| 2 | $ 3.050.720 | 2714 | 1/09/2020 | 30/09/2020 |
| 3 | $ 2.092.800 | 3231 | 10/01/2020 | 31/10/2020 |
| 4 | $ 1.536.560 | 3444 | 11/01/2020 | 30/11/2020 |
| 5 | $ 1.933.240 | | 1/12/2020 | 31/01/2021 |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |

| N° CTA | MES DE CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR | VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL | NÚMERO DE PLANILLA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | | | | |
| 2 | FEBRERO | $ 1.496.480 | $ 131.200 | 1026487494 |
| 3 | MARZO | $ 1.910.400 | $ 131.200 | 1028675588 |
| 4 | ABRIL | $ 1.958.160 | $ 131.200 | 1028675681 |
| 5 | MAYO | $ 2.005.920 | $ 131.200 | 1028834415 |
| 6 | JUNIO | $ 1.528.320 | $ 131.200 | 1029648153 |
| 7 | JULIO | $ 1.623.840 | $ 131.200 | 1030434773 |
| 8 | AGOSTO | $ 1.933.440 | $ 131.200 | 1030943260 |
| 9 | SEPTIEMBRE | $ 1.710.000 | $ 131.200 | 1033065995 |
| 10 | OCTUBRE | $ 1.432.800 | $ 131.200 | 1033065995 |
| 11 | NOVIEMBRE | $ 1.528.320 | $ 131.200 | 1033854244 |
| 12 | DICIEMBRE | $ 1.528.320 | $ 131.200 | 1034172774 |
| 13 | ENERO | $ 1.623.840 | $ 135.800 | 8818429930 |

Resumen de contrato

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 19.602.720 | $ 21.059.920 | $ 20.279.840 | $ 780.080 |

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

**OBJETO DEL CONTRATO**

PRESTAR UN SERVICIO DE APOYO DE MANERA PERSONAL Y AUTONOMA, EN MI CONDICION DE CAMILLERO, PARA LA EJECUCION DE ACTIVIDADES ASISTENCIAL EN LOS PROCESOS DE GESTIÓN HOSPITALARIA, URGENCIAS Y QUIRURGICOS, CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD E.S.E.

Relacion de actividades para el periodo: Desde: 1/01/2021 Hasta: 31/01/2021

| | OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta) | DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 1 | 1. Realizar el traslado de los pacientes entre servicios, vanelando la disponibilidad de la cama, seguridad e integridad del paciente, durante el proceso de traslado al paciente del frio y cuidado de su intimidad) y demas indicaciones establecidas por la Entidad | Se garantizo el traslado de los pacientes entre las diferentes areas de manera oprtuna segura, humanizadomy grantizando la segundad del paciente en el mes enero del 2021 | Formato Hoja de ruta de Camillero |
| 2 | 2. Trasladar las 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 enero 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 adevuado de los elementos de bioseguriad en el mes de enero del 2021 | |
| 4 | 4. Tramitar la facturación de ordenes de servicio en forma oportuna (laboratorios, ecografías, rayos X, etc) | Se realizo la gestion de facturacion del 100% de las ordenes de servicio de los pacienetes que requirieron apoyo diagnostico en el mes de enero del 2021 | Formato Hoja de ruta de Camillero |
| 5 | 5. Trasladar los equipos asignados 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. Custodiar los equipos, elementos asignados para el cumplimiento de las actividades programadas para el mes de enero de 2021 | Se garantizo la custodia de los equipos asignados para el cumplimiento de las actividades programadas para el mes de enero de 2021 | |
| 7 | 7. Realizar la limpieza y desinfección de los equipos asignados de acuerdo al protocolo | Se garantizo el proceso de limpieza y desinfecion de los equipos asignados para el cumplimiento de las actividades programadas para el mes de enero de 2021 | |
| 8 | 8. Cumplir de forma responsable y oportuna la atención al paciente y compañeros del servicio | Para el mes de enero se cumplieron las actividaes asignadas de manera responsable y trabajo en equipo | |
| 9 | 9. Garantizar confidencialidad y custodiar la historia clínica de la Historia Clínica | Se garantizo el manejo de la historia clinica de acuerdo a lo establecido en la normatividad en el mes de enero del 2021 | |
| 10 | 10. Asistir a las reuniones, capacitaciones programadas por la entidad, de conformidad con sus actividades | Se realizo la partipacion en las reuniones y capacitaciones programadas para el mes de enero 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 propios del medio | las actividades programadas se desarrollaron garantizando la confidencialidad de la informacion | |
| 12 | 12. Informar daños de equipos o accidentes ocurridos durante el traslado de pacientes | para el mes de enero se realizaron los reportes de sucesos de seguridad durante el desarrollo de las actividades programadas | |
| 13 | 13. Informar oportunamente, mediante el diligenciamiento de formatos establecidos, que se presenten con pacientes, muestras y equipos | Durante el mes de enero del 2021, se garantizo una comunicacion efectiva y oportuna con el equipo de trabajo | |
| 14 | 14. Trasladar el paciente fallecido a la morgue y abandonarlo en la nevera destinada para tal fin | El 100% de los cadaveres se trasladaron de cauerdo al protocolo de Manejo digno del Fallecido | Formato Hoja de ruta de Camillero |
| 15 | 15. Realizar traslado de los pacientes a los diferentes examenes y laboratorios requeridos en forma oportuna y segura de conformidad con la necesidad del servicio | Se garantizo el traslado del 100% de los pacienets a las diferentes areas a nivel institucional de manera oportuna y segura en el mes de enero del 2021 | Formato Hoja de ruta de Camillero |
| 16 | 16. Gestionar oportunamente las ordenes de examenes especiales (medias cometas, ecografías, ecocardiogramas, radiografías, etc | Se realizo la gestion administrativo del 100% de las ordenes de servicio de los pacienetes que requirieron apoyo diagnostico en el mes de enero del 2021 | Formato Hoja de ruta de Camillero |
| 17 | 17. Dar cumplimiento a normas y protocolos establecidos por la Entidad | Las actividades programadas para el mes de enero de 2021 se realizaron de acuerdo a los protocolos institucionales | |
| 18 | 18. Velar por la calidad y calidad al paciente y la familia dando una atención humanizada conservando 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 enero del 2021 | |
| 19 | 19. Participar en las actividades de (código rojo, código azul, y aplicación de las guías y protocolos de gestión de buena competencia | Se cumplieron las actividades desde mis competencias en la atencion de los pacientes con codigo rojo, azul teniendo encuenta directriz institucionales | Formato Hoja de ruta de Camillero |
| 20 | 20. Realizar la entrega de sus 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. Ejecutar las actividades propias de la profesión de conformidad con las normas y reglamentos de acuerdo al objeto contractual y las necesidades del servicio | Se ejecutaron las actividades programadas para el mes de enero 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 misional de la Entidad | se realizo el recibo y entrega de turno de acuerdo al protocolo de institucional | Libro entrega de turno |

Observaciones:

Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL.
En caso de ser el primer cobro se debe anexar también la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro

EFRAIN JIMENEZ BERNAL
Firma del Contratista

C.C. 79.700.557 de BOGOTA

**VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATO**

| | |
|---|---|
| NOMBRE: | Adriana P. Clavijo C |
| CARGO: | C.C. No. 52.481.284 Bta<br>Enfermera P.U.J |
| FIRMA | |

# PAGOSIMPLE | Prefactura

Fecha creación reporte: 2021-01-14, 08:35:04 AM Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Periodo Cotización: enero de 2021 Periodo Servicio: enero de 2021 Referencia pago (PIN): 8818429930

Fecha límite de pago: 2021-02-12

## GUARDADA 14/01/2021

### . DATOS DEL APORTANTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Razón Social | EFRAIN JIMENEZ BERNAL | | | | |
| Documento | CC79700557 | Dirección | CR 5A ESTE #31 C - 87 SUR | | |
| Tipo de Empresa | INDEPENDIENTE | Teléfono | 3164047800 | | |
| Tipo Persona | NATURAL | Forma Presentación | ÚNICO | Total Afiliados | 1 |
| Ciudad | BOGOTA D.C. | Departamento | BOGOTA D.C. | | |
| Representante Legal | | Identificación | | | |

IMPORTANTE: Señor aportante, si usted realiza el pago de su aporte después de las 3:00 PM este se hará efectivo al día hábil siguiente; recuerde revisar su liquidación antes del pago, SIMPLE S.A.; da por entendi aportante está de acuerdo con la información suministrada, en consecuencia cualquier inconsistencia con las administradoras serán responsabilidad del aportante.

### I. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Administradora | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Mineri |
| C 79700557 | JIMENEZ BERNAL EFRAIN | 59 | 04 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 0 | NINGUNA AFP | ¤ 0 | ¤ 0 | NUEVA EPS | ¤ 908,526 | ¤ 113,600 | SEGUROS BOLIVAR | ¤ 908,526 | ¤ 22,200 | NINGUNA CCF | ¤ 0 | ¤ 0 | ¤ 0 | ¤ 0 | ¤ 0 | |

### III.TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes FSP | Aportes FSS | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE | TOTAL INTERESES | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ¤ 0 | ¤ 908,526 | ¤ 908,526 | ¤ 0 | ¤ 0 | ¤ 0 | ¤ 0 | ¤ 113,600 | ¤ 22,200 | ¤ 0 | ¤ 0 | ¤ 0 | ¤ 0 | ¤ 0 | ¤ 0 | ¤ 0 | ¤ 135,800 | ¤ 0 | |

### V.INFORMACION

| Día hábil de pago sin mora |
|---|
| 10 |

| Periodo de cotización salud | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Enero | Febrero | Marzo | Abril | Mayo | Junio | Julio | Agosto | Septiembre | Octubre | Noviembre | Dici |
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |

Cafam-Colsubsidio-Mercadroguerías Cafam-Colsubsidio-

8888184299300000000991231

Grupo Éxito-Bancompartir-Comfandi Grupo Éxito-Bancompartir

(415)7709998485884(8020)8818429930(3900)0000000(96)20991231

**Señor aportante recuerde realizar el pago de sus aportes al Sistema General de Seguridad Social dentro de las fechas límite establecidas y evite posibles inconsistencias en la prestación de lo servicios con sus administradoras.**



Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.