Secretaría de Salud
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-TA-FT-014
VERSIÓN: 02
FECHA: 2020-05-04

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 17442021	**C.D.P. No.:**	10	**Proceso al que pertenece:**	MEDIANA COMPLEJIDAD ASISTENCIAL
				Unidad a la que pertenece:	SAN BLAS UCI 1/2
Nombre del Contratista:	JENNY MARCELA BERMUDEZ ANDRADE			**C.C.**	53.132.908 **de:** BOGOTA
Fecha Inicio:	2021-01-22	**Fecha Terminacion inicial:**	2021-03-22	**Valor Mensual:**	$ 2.496.000 || $ 2.496.000

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	ENERO	$ 2.496.000	$ 411.200	46043299
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

Resumen de contrato	VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
	$ 12.800.000	$ 12.800.000	$ 2.496.000	$ 10.304.000

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 AUTOMA EN SU CONDICION DE CAMILLERO PARA LA EJECUCION DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LOS DIFERENTES SERVICIOS, CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E S E

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2021-01-22 **Hasta:** 2021-03-22

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO	
		ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	TRASLADO DE LOS PACIENTES A LOS SERVICIOS, VERIFICANDO LA DISPONIBILIDAD DE LA CAMA , SEGURIDAD E INTEGRIDAD DEL PACIENTE(BARANDAS ARRIBA,OXIGENO, PROTEGIENDO AL PACIENTE DEL FRIO Y CUIDADO DE SU INTIMIDAD), Y DEMAS REGLAMENTACION ESTABLECIDA POR LA ENTIDAD.	TRASLADO PACIENTE CON PREVIA VERIFICACIÓN DE DISPONIBILIDAD DE LA CAMA Y SEGURIDAD E INTEGRIDAD DEL PACIENTE SEGÚN NORMAS INSTITUCIONALES	FORMATO HOJA DE RUTA, TRASLADO PACIENTES
2	TRASLADAR LAS MUESTRAS BIOLÓGICAS AL LABORATORIO CLINICO, DE FORMA OPORTUNA	TRASLADO OPORTUNAMENTE Y CON TODAS LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD MUESTRAS BIOLÓGICAS AL LABORATORIO CLINICO	FORMATO HOJA DE RUTA, TRASLADO DE MUESTRAS BIOLOGICAS
3	USAR LOS ELEMENTOS DE BIOSEGURIDAD EN EL TRASLADO DE MUESTRAS Y PROCEDIMEINTOS	UTILIZO TODOS LOS ELEMENTOS DE PROTECCCION PERSONAL Y CUMPLO CON TODAS LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD	NOTAS DE ENFERMERIA, REGISTRO POR AUXILIARES DE ENFERMERIA
4	TRAMITAR LA FACTURACION DE ORDENES DE SERVICIO EN FORMA OPORTUNA (LABORATORIOS, ECOGRAFIAS, RAYOS X, ETC)	TRAMITO EN FACTURACION ORDENES DEL SERVICIO OPORTUNAMENTE	NUMERO DE UNIDS DE SERVICIO EN RESPECTIVA ORDEN MÉDICA, REGISTRO DIGITAL POR FACTURACION
5	TRASLADAR LOS EQUIPOS E INSUMOS A LOS SERVICIOS, VELANDO POR LA INTEGRIDAD Y SEGURIDAD DE LOS MISMOS.	TRASLADO OPORTUNAMENTE Y CON TODAS LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD LOS EQUIPOS E INSUMOS A LOS SERVICIOS	SOLICITUDES EN SISTEMA Y DESPACHO POR FARMACIA
6	RESPONDER POR EL INVENTARIO QUE SE LE HA ASIGNADO, UTILIZANDO ADECUADAMENTE LOS EQUIPOS Y ELEMENTOS SUMINISTRADOS PARA LLEVAR A CABO SU ACTIVIDAD	SOY RESPONSABLE DEL INVENTARIO ASIGNADO SEGÚN EL SERVICIO, UTILIZO ADECUADAMENTE LOS QUIPOS Y ELEMENTOS OBJETO DE MIS ACIVIDADES	RECIBO Y ENTREGA DE TURNO CON MI COMPAÑERO CORRESPONDIENTE
7	REALIZAR LA DESINFECCION DE LOS EQUIPOS ASIGNADOS DE ACUERDO AL PROTOCOLO	REALIZO DESINFECCIÓN DE TOOS LOS EQUIPOS SEGÚN EL PROTOCOLO INSTITUCIONAL Y CON TODAS LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD	FORMATO DE ASEO Y DESINFECCION
8	ASUMIR DE FORMA RESPONSABLE Y RESPETUOSA LA ATENCIÓN AL PACIENTE Y COMPAÑEROS DEL SERVICIO.	BRINDO UNA ATENCIÓN RESPONSABLE AL PACIENTE Y FAMILIAR BASADA EN EL RESPETO Y LA CALIDEZ HUMANA	NOTAS DE ENFERMERIA, REGISTRO POR AUXILIARES DE ENFERMERIA
9	CONSERVAR, MANTENER Y GARANTIZAR LA RESERVA LEGAL DE LA HISTORIA CLINICA.	MANTENGO EN RESERVA LA HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE	NOTAS DE ENFERMERIA, REGISTRO POR AUXILIARES DE ENFERMERIA
10	ASISTIR A LAS REUNIONES DEL GRUPO FUNCIONAL Y CAPACITACIONES PROGRAMADAS POR LA ENTIDAD, DE CONFORMIDAD CON SUS ACTIVIDADES	ASISTO A TODAS LAS CAPACITACIONES SEGUN MI LABOR Y LAS INDICACIONES DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	FORMATO REGISTRO DE ASISTENCIA A CAPACITACIONES
11	MANTENER RESERVA DE LA INFORMACION QUE LE SEA SUMINISTRADA EN DESARROLLO DE SU SERVICIO Y DE TODOS AQUELLOS PROPIOS DEL MISMO	MANTENGO EN RESERVA TODA LA INFORMACIÓN QUE SE ME SUMINISTRA PARA LA BUENA ATENCIÓN DEL PACIENTE	NOTAS DE ENFERMERIA, REGISTRO POR AUXILIARES DE ENFERMERIA
12	INFORMAR DAÑOS DE EQUIPOS O ACCIDENTES OCURRIDOS DURANTE EL TRASLADO DE PACIENTES	INFORMO OPORTUNA Y RESPETUOSAMENTE TODOS LOS DAÑOS O ACCIDENTES OCURRIDOS DURANTE EL TRASLADO DE PACIENTES	
13	INFORMAR OPORTUNAMENTE AL REFERENTE DEL PROCESO, INCONVENIENTES QUE SE PRESENTEN CON PACIENTES , MUESTRAS Y EQUIPOS	INFORMO OPORTUNAMENTE TODOS LOS INCONVENIENTES PRESENTADOS CON LOS PACIENTES, MUESTRAS Y EQUIPOS	
14	TRASLADAR LOS PACIENTES FALLECIDOS A LA MORGUE Y UBICARLOS EN LA NEVERA DESTINADA PARA TAL FIN	TRASLADO TODOS LOS PACIENTES A LA MORGUE Y SE UBICA EN NEVERA CON TODAS LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD	NOTAS DE ENFERMERIA, REGISTRO POR AUXILIARES DE ENFERMERIA Y REGISTRO EN LIBRO ASIGNADO PARA TAL FIN
15	REALIZAR TRASLADO DE LOS PACIENTES A LOS DIFERENTES EXAMENES Y VALORACIONES REQUERIDAS EN FORMA OPORTUNA Y SEGURA, DE CONFORMIDAD CON LAS NECESIDADES DEL SERVICIO	TRASLADO A LOS PACIENTE EN FORMA OPORTUNA Y CON TODAS LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD A LA TOMA DE EXAMENES Y VALORACIONES	NOTAS DE ENFERMERIA, REGISTRO POR AUXILIARES DE ENFERMERIA
16	TRAMITAR OPORTUNAMENTE LAS ORDENES DE EXAMENES ESPECIALES EMITIDAS COMO TAC, ECOGRAFIAS, ECOCARDIOGRAMAS, ENDOSCOPIAS, ETC	TRAMITO DE MANERA OPORTUNA LAS ORDNES DE EXAMENES ESPECIALES.	LIBRO ASIGNADO PARA DICHO FIN
17	DAR CUMPLIMIENTO A GUIAS Y PROTOCOLOS ESTABLECIDOS POR LA ENTIDAD	CUMPLIO CON TODAS LAS GUIAS Y PROTOCOLOS ESTABLECIDOS EN LA ENTIDAD	NOTAS DE ENFERMERIA, REGISTRO POR JEFE Y AUXILIARES DE ENFERMERIA
18	OFRECER TRATO CON CALIDEZ Y CALIDAD AL PACIENTE Y LA FAMILIA, DANDO UNA ATENCION HUMANIZADA CONSERVANDO EL RESPETO POR LA DIGNIDAD HUMANA.	BRINDO UNA ATENCION AL PACIENTE Y FAMILIAR CON CALIDEZ Y CALIDAD HUMANA, BASADA EN EL RESPETO Y LA RESPONSIBILIDAD	NOTAS DE ENFERMERIA, REGISTRO POR AUXILIARES DE ENFERMERIA
19	PARTICIPAR EN LAS ACTIVIDADES DEL CODIGO ROJO , CODIGO AZUL Y APLICACION DE LAS GUIAS Y PROTOCOLOS DE GESTION DE HEMOCOMPONENTES.	PARTICIPO ACTIVAMENTE EN ACTIVIDADES COMO CÓGICO ROJO, AZUL SEGÚN PROTOCOLO INSTITUCIONAL Y TODAS LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD	NOTAS DE ENFERMERIA, REGISTRO POR JEFE Y AUXILIARES DE ENFERMERIA
20	REALIZAR LA ENTREGA DE SUS ACTIVIDADES AL FINALIZAR LAS MISMAS.	REALIZO ENTREGA DE TODAS LAS ACTIVIDADES OBJETO DE MI CONTRATO	RECIBO Y ENTREGA DE TURNO CON MI COMPAÑERO CORRESPONDIENTE
21	EJERCER LAS ACTIVIDADES PROPIAS DE LA PROFESION DE CONFORMIDAD CON LAS NORMAS Y/O REGLAMENTOS DE ACUERDO AL OBJETO CONTRACTUAL Y LAS NECESIDADES DEL SERVICIO.	REALIZO TODAS LAS ACTIVIDADES OBJETO DE MI CONTRATO, SEGUN EL PROTOCOLO DE LA ENTIDAS Y BAJO TODAS LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD	NOTAS DE ENFERMERIA, REGISTRO POR JEFE Y AUXILIARES DE ENFERMERIA
22	RECIBIR Y ENTREGAR TURNO DE ACUERDO A LO ACORDADO CON EL SUPERVISOR Y DE CONFORMIDAD AL OBJETO MISIONAL DE LA ENTIDAD, CONTENIDAS EN EL FORMATO DE NECESIDAD DE PERSONAL QUE HACE PARTE INTEGRAL DEL PRESENTE CONTRATO	RECIBO Y ENTREGO TURNO SEGUN CONFORMIDAD DE LA ENTIDAD	RECIBO Y ENTREGA DE TURNO CON MI COMPAÑERO CORRESPONDIENTE

Observaciones:

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

Jenny Bermudez Andrade
Firma del Contratista

C.C. 53.132.908 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	MELBA LUCIA QUINTERO FRANCO
CARGO:	ENFERMERA
FIRMA	

P/ Maiyerli Martinez
ENFERMERA JEFE
C.C. 52.677.106
FUCS

compensar miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 1

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	53132908	JENNY MARCELA BERVUDEZ ANDRADE		CLL 38FSUR#109-21	0000000	JENNYMARCELABERVDEZ@YAHOO.ES	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	
					TOTAL A PAGA	
2020-12	2020-12	1	19/01/2021	48043299	$411.200	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD												
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	156.000	0		0		0	0	0	0	156.000	1

TOTALES PENSIÓN											
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
23301	Porvenir	800224808-8	199.700	0	0	0	0	0	0		199.700	1

TOTALES RIESGOS LABORALES														
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	30.500				30.500	0	0	30.500			305	30.500	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	25.000	0	0	25.000	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pag
Salud	1	156.000	156.000
Pensión	1	199.700	199.700
Riesgos Laborales	1	30.500	30.500
CCF	1	25.000	25.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	411.200	411.200

cto
6610 1 al 18 = 108 × 16.579 = 1790.532 ←
1744 19 al 31 78 × 32 2'496.000

compensar miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 1

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	53132908	JENNY MARCELA BERMUDEZ ANDRADE		CLL 38FSUR#109-21	0000000	JENNYMARCELABERMDEZ@YAHOO.ES	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	L
					1	
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGA	
2020-12	2020-12	I	19/01/2021	48043299	$411.200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALE		
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF
CC	53132908	BERMUDEZ ANDRADE JENNY MARCELA	59	0			N																	230301	1.248.000	199.700	0	0	0	0	EPS008	1.248.000	156.000	14-11	1.248.000	3	30.500	CCF24	1.248.000	25.000	0	0	0

PAGADO