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-IA-FT-014
VERSIÓN: 02
FECHA: 2020-05-04

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 2731 2021	C.D.P. No.:	302	Proceso al que pertenece:	PROCESO ASISTENCIAL - ENFERMERIA
				Unidad a la que pertenece:	UNIDAD SANTA CLARA
Nombre del Contratista:	WILMAR DAVID BAEZ CRUZ			C.C.	1.024.582.314 de: BOGOTA
Fecha Inicio:	2021-02-01	Fecha Terminación inicial:	2021-03-31	Valor Mensual:	$ 1.555.200 Valor a cobrar: $ 1.555.200

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 2.187.000	792	2021-04-01	2021-04-30
2	$ 2.673.000	1224	2021-05-01	2021-06-15
3	$ 3.402.000	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	$ 1.360.800	$ 281.200	48539727
2	MARZO	$ 1.555.200	$ 281.200	48587872
3	ABRIL	$ 1.458.000	$ 281.200	49292219
4	MAYO	$ 1.458.000	$ 281.200	49969240
5	JUNIO	$ 1.458.000	$ 281.200	50614763
6	JULIO	$ 1.555.200	$ 281.200	51280989
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				

Resumen de contrato	VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
	$ 3.402.000	$ 11.664.000	$ 8.845.200	$ 2.818.800

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 AUTONOMA, EN SU CONDICIÓN 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.

Relación de actividades para el periodo: Desde: 2021-07-01 Hasta: 2021-07-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO	
		ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERICIO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUTO O EVIDENCIA
1	1. Trasladar de los pacientes a los servicios, verificando la disponibilidad de la cama, seguridad e integridad del paciente (barandas arriba, oxigeno, protegerde al paciente del frio, y cuidado de su intimidad) y demas reglamentacion establecida por la Entidad	Se garantizo el traslado de los pacientes entre las diferentes areas de manera oportuna, segura, humanizado y grantizando la seguridad del paciente en el mes JULIO DE 2021	Formato Hoja de ruta de Camillero
2	2 Trasladar las muestra biológicas al laboratorio clinico, de forma oportuna.	Se realizo el traslado del 100% de las muestras garantizando las normas de calidad y seguridad en el mes de JULIO DE 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 JULIO DE 2021	
4	4 Tramitar la facturacion de órdenes de servicio en forma oportuna (laboratorios, ecografias, rayos X, etc)	Se realizo la gestión de facturación del 100% de las ordenes de servicio de los pacientes que requirieron apoyo diagnostico en el mes de JULIO DE 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 JULIO DE 2021	
7	7 Realizar cobro de los equipos asignados, de acuerdo al procedimiento	Se garantizo el proceso de limpieza y desinfeccion de los equipos asignados para el cumplimiento de las actividades programadas para el mes de JULIO DE 2021	
8	8 Actuar de forma responsable y respetuosa la atención al paciente y compañeros del servicio	Para el mes de JULIO DE 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 JULIO DE 2021	
10	10. Asistir a las reuniones del grupo funcional y capacitaciones programadas por la entidad, de conformidad con sus actividades	Se realizo la participacion en las reuniones y capacitaciones programadas para el mes de JULIO DE 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 mismo	Las actividades programadas se desarrollaron garantizando la confidencilidad de la informacion	
12	12 Informar daños de equipos o accidentes ocurridos durante el traslado de pacientes	Para el mes de JULIO DE 2021 se realizaron los reportes de sucesos de seguridad durante el desarrollo de las actividades programadas	
13	13 Informar oportunamente al referente del proceso inconvenientes que se presenten con pacientes, muestras y equipos	Durante el mes de JULIO DE 2021, se garantizo una comunicación efectiva y oportuna con el equipo de trabajo	
14	14 Trasladar los pacientes fallecidos a la morgue y ubicarlos 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 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 JULIO DE 2021	Formato Hoja de ruta de Camillero
16	16 Tramitar oportunamente las ordenes de examenes especiales emitidas como tac, ecografias, ecocardiogramas, endoscopias, etc	Se realizo la gestión administrativo del 100% de las ordenes de servicio de los pacientes que requirieron apoyo diagnóstico en el mes de JULIO DE 2021	Formato Hoja de ruta de Camillero
17	17. Dar cumplimiento a guias y protocolos establecidos por la Entidad	Las actividades programadas para el mes de JULIO DE 2021 se realizaron de acuerdo a los protocolos institucionales	
18	18. Ofrecer trato con calidez y calidad al paciente y la familia, dando una atención humanizada conservando el respeto por la dignidad humana	Se garantizo la atención del paciente con calidad, calidez y humanización a los pacientes asignados en el mes de JULIO DE 2021	
19	19. Participar en las actividades de codigo rojo, codigo azul, y aplicación de las guias y protocolos de gestión de barreras organizacionales	Se cumplieron las actividades desde mi competencia en la atención de los pacientes con codigo rojo, azul teniendo encuenta directricez institucionales	Formato Hoja de ruta de Camillero
20	20 Realizar la entrega de sus actividades al finalizar las rusmas	Se garantizo el registo 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 JULIO DE 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 misional de la Entidad	Se realizo el recibo y entrega de turno de acuerrdo al protocolo de Institucional	L ibro entrega de turno

Observaciones:

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

David B
Firma del Contratista

C.C. 1.024.582.314 de BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS

NOMBRE:	Maria P. Clavijo C
CARGO:	C. No. 52.481.204 Bta. Enfermera P.U.
FIRMA	

Escaneado con CamScanner

CUENTA DE COBRO (Consecutivo) No. 7 del Mes de Julio de 2021

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

DEBE A:

Nombre: Wilmar David Baez Cruz

C.C. No. 1024582314

La suma de: **$1.555.200**

Total Horas: **192**

Por concepto de:

- Honorarios por Prestación de Servicios en cumplimiento del Contrato No. **PS 2731 2021**, correspondiente al mes de **JULIO 2021**.

OBJETO: PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES, DE MANERA PERSONAL Y AUTONOMA, EN SU CONDICIÓN DE **CAMILLERO** 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,

David B

C.C. No. 1024582314
Dirección: Tv. 73G #69-12 Sur

Teléfono: 3212877694

Escaneado con CamScanner

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1024582314	WILMAR DAVID BAEZ CRUZ	Carrera 12D 15 09	2187109	finix06@gmail.com	
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	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	
2021-06	2021-06	I	30/06/2021	51280989	TOTAL A PAGAR	
					$314.900	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	113.600	33.700		0		0	0	0	0	147.300	2

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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	145.400	0	0	0	0	0	0		145.400	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	22.200				22.200	0	0	22.200			222	22.200	1

TOTALES CAJAS						
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

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 Pagar
Salud	1	147.300	147.300
Pensión	1	145.400	145.400
Riesgos Laborales	1	22.200	22.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	314.900	314.900

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

Escaneado con CamScanner

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1024582314	WILMAR DAVID BAEZ CRUZ	Carrera 12D 15 09	2187109	finix06@gmail.com	
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: 1 / UPC: 1
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2021-06	2021-06	I	30/06/2021	51280989	$314.900

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiza. exterior	Suspensión	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	Aporte ESAP	Aporte MEN
TI	1023243351	BAEZ CRUZ IVAN DANIEL	40	0			N																		0	0	0	0	0	0	EPS005	0	33.700	-	0		0		0	0	0	0	0	0	0
CC	1024582314	BAEZ CRUZ WILMAR DAVID	59	0			N																	230201	908.526	145.400	0	0	0	0	EPS005	908.526	113.800	14-11	908.526	3	22.200		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Escaneado con CamScanner