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 – GESTIÓN 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 CO 5106 2020	**C.D.P. No.:**	2237	**Proceso al que pertenece:**	PROCESO ASISTENCIAL - ENFERMERIA
				Unidad a la que pertenece:	CENTRO HOSPITALARIO TRANSITORIO-CORFERIAS

Nombre del Contratista: FRANK ALEXANDER MANJARREZ BULLA **C.C.** 1.010.211.580 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2020-26-7 **Fecha Terminación incial:** 2020-09-21 **Valor Mensual:** $ 1.123.200 **Valor a cobrar:** $ 1.123.200

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	AGOSTO	$ 1.123.200	$ 271.700	45000679
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
$ 1.767.120	$ 1.767.120	$ 1.123.200	$ 643.920

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 condicion de Camillero para la ejecución de actividades asistenciales en los procesos de gestion hospitalaria, urgencias y quirurgicos, conforme a las necesidades de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente.

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2020-08-01 **Hasta:** 2020-08-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUTO 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 demás reglamentación establecida por la Entidad.	Se garantizó el traslado de los pacientes entre las diferentes areas de manera oprtuna, segura, humanizado y grantizando la seguridad del paciente en el mes Agosto del 2020.	Formato Hoja de ruta de Camillero
2	Trasladar las muestras 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 Agosto del 2020	Formato Hoja de ruta de Camillero
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 elemntos de bioseguriad en el mes de Agsto del 2020	
4	Tramitar la facturación de órdenes de servicio en forma oportuna (laboratorios, ecografias, 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 Agosto del 2020.	Formato Hoja de ruta de Camillero
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	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 cumllimiento de las actividades programadas para el mes de Agosto de 2020.	
7	Realizar la desinfección de los equipos asignados, de acuerdo al protocolo.	Se garantizó el proceso de limpieza y desinfecion de los equipos asignados para el cumplimiento de las actividades programadas para el mes de Agosto de 2020	
8	Asumir de forma responsable y respetuosa la atención al paciente y compañeros del servicio.	Para el mes de Agosto se cumplieron las actividaes asignadas de manera responsable y trabajo en equipo.	
9	Conservar, mantener y garantizar la reserva legal de la Historia Clinica.	Se garantizo el manejo de la historia clinica de acuerdo a lo establecido en la normatividad en el mes de Agosto del 2020.	
10	Asistir a las reuniones 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 Agosto del 2020	Listado de Asistencia
11	Mantener reserva de la informacion 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	Informar daños de equipos o accidentes ocurridos durante el traslado de pacientes.	para el mes de Agosto se realizaron los reportes de sucesos de seguridad durante el desarrollo de las actividades programadas	
13	Informar oportunamente al referente del proceso inconvenientes que se presenten con pacientes, muestras y equipos.	Durante el mes de Agosto del 2020, se garantizo una comunicacion efectiva y oprtuna con el equipo de trabajo	
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	Realizar traslado de los pacientes a los diferentes exámenes y valoraciones requeridas, en forma oportuna y segura, de conformidad con las necesidades del servicio.	Se garantizó el traslado del 100% de los pacienets a las diferentes areas a nivel institucional de manera oportuna y segura en el mes de Agosto del 2020	Formato Hoja de ruta de Camillero
16	Tramitar oportunamente las ordenes de exámenes especiales emitidas como tac, ecografias, ecocardiogramas, endoscopias, etc.	Se realizo la gestion administrativo del 100% de las ordenes de servicio de los pacienetes que requirieron apoyo diagnostico en el mes de Agosto del 2020	Formato Hoja de ruta de Camillero
17	Dar cumplimiento a guias y protocolos establecidos por la Entidad.	Las actividades programadas para el mes de Agosto de 2020 se realizaron de acuerdo a los protcolos institucionales	
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 atencion del paciente con caliadad, calidez y humanizacion a los pacientes asignados en el mes de Agosto del 2020	
19	Participar en las actividades de codigo rojo, código azul, y aplicación de las guias y protocolos de gestión de hemocomponentes.	Se cumplieron las actividades desde mi competencias en la atencion de los pacientes con codigo rojo, azul teniendo enuenta directricez institucionales	Formato Hoja de ruta de Camillero
20	Realizar la entrega de sus actividades al finalizar las mismas.	Se garantizo el registto de las activiades de la Hoja de ruta del camillero.	Formato Hoja de ruta de Camillero
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 Agosto de acuerdo a las competencias.	Formato Hoja de ruta de Camillero
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.	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 también la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro

Firma del Contratista

C.C. 1.010.211.580 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	William Quintero
CARGO:	REFERENTE DE ENFERMERIA
FIRMA	

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 - GESTIóN DE RECURSOS FÍSICOS
FORMATO ENTREGA DE ROPA LIMPIA A LOS SERVICIOS

CóDIGO: AP -RF-FT-075
VERSIóN: 01
FECHA: 2017-11-27

USS _____

FECHA:	SERVICIO:					
TIPO DE PRENDA	NÚMERO DE RECORRIDOS					
	EXT.	ENT. 1	EXT.	ENT. 2	EXT.	ENT. 3
Sabana lisa						
Sabana de resorte						
Sabana camilla						
Sabana de movimiento						
Cobija						
Colcha						
Funda						
Bata Funcionario						
Bata Paciente						
Caucho						
Pañal						
Vestido						
Inmovilizador						
Antireflujo						
Compresa						
Toalla						
Bolsas						
NOMBRE DE QUIEN ENTREGA						
NOMBRE DE QUIEN RECIBE						
HORA						
	EXT: Existencia			ENT: Entrega		

IMPRESO POR: IMPRESOS DELINEANTES HOSPITALARIOS NIT: 79140518- 1 TELÉFONO: 812 4315 - 310 560 4347

FECHA:	SERVICIO:					
TIPO DE PRENDA	NÚMERO DE RECORRIDOS					
	EXT.	ENT. 1	EXT.	ENT. 2	EXT.	ENT. 3
Sabana lisas						
Sabana de resorte						
Sabana camilla						
Sabana de movimiento						
Cobija						
Colcha						
Funda						
Bata Funcionario						
Bata Paciente						
Caucho						
Pañal						
Vestido						
Inmovilizador						
Antireflujo						
Compresa						
Toalla						
NOMBRE DE QUIEN ENTREGA						
NOMBRE DE QUIEN RECIBE						
HORA						
	EXT: Existencia			ENT: Entrega		

IMPRESO POR: IMPRESOS DELINEANTES HOSPITALARIOS NIT: 79140518- 1 TELÉFONO: 812 4315 - 310 560 4347

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	1010211586	FRANK ALEXANDER MANJARREZ BULLA		CL 3A 89 ESTE AP 02 TO 25	3158893854	frankyazz255@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	MADRID		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	0
2020-07	2020-07	I		45000679	TOTAL A PAGAR	
					$63.500	

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					
EPS044	MEDIMAS EPS SAS	9010974[illegible]	25.700	0		0		0	0	0	0	25.700	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSF - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	32.800	0	0	0	0	0	0		32.800	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	5.000				5.000	0	0	5.000			50	5.000	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	25.700	25.700
Pensión	1	32.800	32.800
Riesgos Laborales	1	5.000	5.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	63.500	63.500

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

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	1010211580	FRANK ALEXANDER MANJARREZ BULLA		CL 3A 89 ESTE AP 02 TO 25	3158393854	frankyazz255@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	MADRID		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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2020-07	2020-07	I		45000679	$63.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSION							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Suspensión	Extranjero	Colomb. 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	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC	1010211580	MANJARREZ BULLA FRANK ALEXANDER	59	0			N	X																230301	204.821	32.800	0	0	0	0	EPS044	204.821	25.700	14-23	204.821	3	5.000		0	0	0	0	0	0	0

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