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 6828-2020	**C.D.P. No.:**	11	**Proceso al que pertenece:**	MEDIANA COMPLEJIDAD ASISTENCIAL
				Unidad a la que pertenece:	SAN BLAS

192

Nombre del Contratista:	ERIKA YISETH ACUÑA LEGUIZAMÓN	**C.C.**	1.121.848.281	**de:**	VILLAVICENCIO
Fecha Inicio:	2020-12-01	**Fecha Terminación Inicial:**	2021-01-31	**Valor Mensual:**	$ 1.567.489
				Valor a cobrar:	$ 1.998.444

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	DICIEMBRE	$ 2.430.540	$ 271.700	8347101334
2	ENERO	$ 1.998.444	$ 271.700	8347516507
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
$ 6.193.376	$ 6.193.376	$ 4.428.984	$ 1.764.392

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:** 2021-01-01 **Hasta:** 2021-01-31

	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(BARRANDAS 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 SEGUN NORMAS INSTITUCIONALES	FORMATO HOJA DE RUTA, TRASLADO PACIENTES
2	TRASLADAR LAS MUESTRAS BIOLOGICAS AL LABORATORIO CLINICO, DE FORMA OPORTUNA.	TRASLADO OPORTUNAMENTE Y CON TODAS LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD MUESTRAS BIOLOGICAS AL LABORATORIO CLINICO	FORMATO HOJA DE RUTA; TRASLADO DE MUESTRAS BIOLÓGICAS
3	USAR LOS ELEMENTOS DE BIOSEGURIDAD EN EL TRASLADO DE MUESTRAS Y PROCEDIMEINTOS.	UTILIZO TODOS LOS ELEMENTOS DE PROTECCCIÓN 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 FACTURACIÓN ORDENES DEL SERVICIO OPORTUNAMENTE	NUMERO DE ORDEN DE SERVICIO EN RESPECTIVA ORDEN MÉDICA, REGISTRO DIGITAL POR FACTURACIÓN.
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 DESINFECCIÓN
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 SEGÚN MI LABOR Y LAS INDICACIONES DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA	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 EXÁMENES Y VALORACIONES	NOTAS DE ENFEMERIA, 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 ÓRDNES DE EXÁMENES ESPECIALES.	LIBRO ASIGNADO PARA DICHO FIN
17	DAR CUMPLIMIENTO A GUIAS Y PROTOCOLOS ESTABLECIDOS POR LA ENTIDAD.	CUMPLIO CON TODAS LAS GUÍAS 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 ENFEMERIA, 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 CÓGIGO 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, SEGÚN 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 SEGÚN CONFORMIDAD DE LA ENTIDAD	RECIBO Y ENTREGA DE TURNO CON MI COMPAÑERO CORRESPONDIENTE

Observaciones:

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

ERIKA ACUÑA L.
Firma del Contratista

C.C. 1.121.848.281 **de** VILLAVICENCIO

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	NATALY DUQUE SALAZAR Melba Montero
CARGO:	ENFERMERA
FIRMA	

P/P
Maguerli Martínez
ENFERMERA JEFE
C.C. 52.877.356
F.U.C.S.

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): ERIKA YISET ACUÑA LEGUIZAMON
No. Identificación: CC1121848281
Dirección: AVE 50 #2 -21
Telefono: 3172376347
Correo: erika_pooh20@hotmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8347816607

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	ERIKA YISET ACUÑA LEGUIZAMON
Tipo y número de identificación	CC1121848281
Número de planilla	8347816607
Fecha pago	2021-01-19
Número de autorización pago	1000000190
Banco	1001

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	diciembre de 2020
Periodo de Cotización Pensión	diciembre de 2020
Número de Administradoras	3
Total Pagado	271700
Total Intereses de Mora	0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	21400	1
230301	Porvenir	140500	1
EPS008	Compensar EPS	109800	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1121848281
APELLIDOS Y NOMBRES: ERIKA YISET ACUÑA LEGUIZAMON

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	230301	877803	877803	877803	0	109800	0	140500	0	21400	0

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