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

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 2529 2021	**C.D.P. No.:**	302	**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: 9/02/2021 **Fecha Terminación inicial:** 31/03/2021 **Valor Mensual:** $ 2.008.800 **Valor a cobrar:** $ 2.008.800

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 2.187.000	792	31/03/2021	30/04/2021
2	$ 2.794.500	1224	30/04/2021	15/06/2021
3	$ 3.726.000	1777	15/06/2021	15/08/2021
4	$ 1.863.000	2396	15/08/2021	15/09/2021
5	$ 1.093.500	2839	15/09/2021	30/09/2021
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				
2	FEBRERO	$ 1.652.400	$ 135.800	8818429930
3	MARZO	$ 1.555.200	$ 135.800	1035669893
4	ABRIL	$ 1.798.200	$ 135.800	1036268217
5	MAYO	$ 1.555.200	$ 135.800	1037009961
6	JUNIO	$ 1.555.200	$ 135.800	1037743736
7	JULIO	$ 1.652.400	$ 135.800	1038123577
8	AGOSTO	$ 1.749.600	$ 135.800	1038939775
9	SEPTIEMBRE	$ 2.008.800	$ 135.800	1040285178
10				
11				
12				
13				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 3.402.000	$ 15.066.000	$ 13.527.000	$ 1.539.000

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 AUTONOMA, EN SU CONDICIÓN DE CAMILLERO, PARA LA EJECUCIÓN 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:** 01/09/2021 **Hasta:** 30/09/2021

	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. Trasladar de los pacientes a los servicios, verificando la disponibilidad de la cama, seguridad e integridad del paciente (brazalete arriba, cuigano, protegiendo al paciente del frio, y cuidado de su intimidad) y demás reglamentación establecida por la Entidad.	Se garantizo el traslado de los pacientes entre las diferentes areas de manera oprtuna, segura, humanizadomy grantizando la seguridad del paciente en el mes SEPTIEMBRE DE 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 SEPTIEMBRE 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 SEPTIEMBRE DE 2021	
4	4. Tramitar la facturación de órdenes 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 SEPTIEMBRE 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 cumlimiento de las actividades programadas para el mes de SEPTIEMBRE DE 2021	
7	7. Realizar la 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 SEPTIEMBRE DE 2021	
8	8. Asumir de forma responsable y respetuosa la atención al paciente y compañeros del servicio.	Para el mes de SEPTIEMBRE se cumplieron las actividaes 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 SEPTIEMBRE 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 partipacion en las reuniones y capacitaciones programadas para el mes de SEPTIEMBRE 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 sistema.	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 SEPTIEMBRE se realizaron los reportes de sucesos de seguridad durante el desarrollo de las actividades programadas	
13	13. Informar oportunamente el reiterante del proceso inconvenientes que se presenten con pacientes, usuarios y equipos.	Durante el mes de SEPTIEMBRE DE 2021, se garantizo una comunicacion efectiva y oprtuna con el equipo de trabajo	
14	14. Trasladar los pacientes fallecidos a la morgue y ubicarlos en la servas destinado 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 exámenes y valoraciones requeridas, en forma oportuna y segura, de conformidad con las necesidades del servicio.	Se garantizo el traslado del 100% de los pacienete a las diferentes areas a nivel institucional de manera oportuna y segura en el mes de SEPTIEMBRE DE 2021	Formato Hoja de ruta de Camillero
16	16. Tramitar oportunamente las órdenes de exámenes especiales emitidas como tac, ecografías, ecocardiogramas, gammagrafías, etc.	Se realizo la gestion administrativo del 100% de las ordenes de servicio de los pacienetes que requirieron apoyo diagnostico en el mes de SEPTIEMBRE DE 2021	Formato Hoja de ruta de Camillero
17	17. Dar cumplimiento a guías y protocolos establecidos por la Entidad.	Las actividades programadas para el mes de SEPTIEMBRE 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 atencion del paciente con calidad, calidez y humanizacion a los pacientes asignados en el mes de SEPTIEMBRE DE 2021	
19	19. Participar en las actividades de código rojo, código azul, y aplicación de las guías y protocolos de gestión de bioseguridad institucional.	Se cumplieron las actividades desde mi competencias en la atencion de los pacientes con codigo rojo, azul teniendo encuenta directrices institucionales	Formato Hoja de ruta de Camillero
20	20. Realizar la entrega de sus actividades al finalizar los mismos.	Se garantizo el registro 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 SEPTIEMBRE 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	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

EFRAIN JIMENEZ BERNAL
FIRMA DEL CONTRATISTA

C.C. 79.700.557 DE BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE	Tatiana P. Clavijo C.
CARGO	C.C. No. 52.4[illegible] de [illegible] Enfermera SDS
FIRMA	

Escaneado con CamScanner

CUENTA DE COBRO N° 08 2021
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD
CENTRO ORIENTE E.S.E.
Nit.900.959.051-7

DEBE A:

EFRAIN JIMENEZ BERNAL
C.C. 79.700.557 DE BOGOTA
LA SUMA DE:

2.008.800(DOS MILLONES OCHO MIL OCHOCIENTOS)
PESOS MCT ($ 2.008.800.)

Por concepto de:

- Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato **PS 2529 2021** correspondiente al mes de SEPTIEMBRE de 2021.

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS DE ACUERDO A SU PERFIL ACADÉMICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES **DE CAMILLERO**, CON DISPONIBILIDAD DE CUMPLIMIENTO DE LA MISIÓN Y LA VISIÓN DE LA SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Cordialmente

Efrain Jimenez Bernal

EFRAIN JIMENEZ BERNAL
NOMBRE
C.C. 79.700.557
Teléfono: 3164047800
No Cuenta Bancaria: 008480366114

Fecha: 3O DE SEPTIEMBRE 2021

Escaneado con CamScanner

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2021-09-14, 02:25:32 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1039586254

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

PAGADO 08/09/2021

I. 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
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	SEGUROS BOLIVAR

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	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	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 79700557	EFRAIN JIMENEZ BERNAL	59	04																	0	0	30	30	0	(NIN-AF) NINGUNA AFP	$ 0	$ 0	(EPS037) NUEVA EPS	$ 908.526	$ 113.600	2,436	$ 908.526	$ 22.200	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 135.800

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 0	$ 908.526	$ 908.526	$ 0	$ 0	$ 113.600	$ 22.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 135.800	$ 0	$ 135.800

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: 381 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.

¡El Poder de lo SIMPLE!

Escaneado con CamScanner

porvenir
sólo hay uno

LA SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.

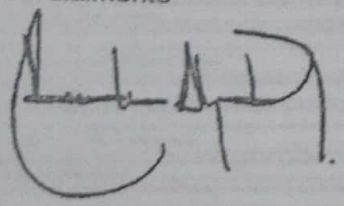
Informa:

Que reconoció PENSIÓN a partir del 02 mes Diciembre de 2008 a favor del Señor(a) EFRAIN JIMENEZ BERNAL Identificado(a) con documento de identidad No. 79700557

El pago de la pensión se realiza bajo la modalidad de Retiro Programado.

Se expide la presente certificación a solicitud del interesado.

Cordialmente



Gerencia de Clientes

Escaneado con CamScanner