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 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 incial:** 2021-03-31 **Valor Mensual:** $ 1.360.800 **Valor a cobrar:** $ 1.360.800

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 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 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 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 | $ 3.402.000 | $ 1.360.800 | $ 2.041.200 |

## 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:** 2021-02-01 **Hasta:** 2021-02-28

| | OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta) | DESCRIPCION DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 1 | 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 garantizo el traslado de los pacientes entre las diferentes areas de manera oprtuna, segura, humanizadomy grantizando la seguridad del paciente en el mes FEBRERO DE 2021 | Formato Hoja de ruta de Camillero |
| 2 | 2. Trasladar las muestras biologicas 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 FEBRERO 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 FEBRERO DE 2021 | |
| 4 | 4. Tramitar la facturación de ordenes 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 FEBRERO 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 FEBRERO DE 2021 | |
| 7 | 7. Realizar la desinfeccion 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 FEBRERO DE 2021 | |
| 8 | 8. Asumir de forma responsable y respetuosa la atencion al paciente y compañeros del servicio. | Para el mes de FEBRERO DE 2021 se cumplieron las actividaes asignadas de manera responsable y trabajo en equipo | |
| 9 | 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 FEBRERO 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 FEBRERO 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 FEBRERO 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 FEBRERO 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 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 exámenes y valoraciones requeridas, en forma oportuna y segura, de conformidad con las necesidades del servicio. | Se garantizo el traslado del 100% de los pacienets a las diferentes areas a nivel institucional de manera oportuna y segura en el mes de FEBRERO DE 2021 | Formato Hoja de ruta de Camillero |
| 16 | 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 FEBRERO 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 FEBRERO DE 2021 se realizaron de acuerdo a los protcolos 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 caliadad, calidez y humanizacion a los pacientes asignados en el mes de FEBRERO DE 2021 | |
| 19 | 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 encuenta directricez institucionales | Formato Hoja de ruta de Camillero |
| 20 | 20. Realizar la entrega de sus actividades al finalizar las mismas | Se garantizo el registro de las activiades 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 FEBRERO 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 acuerdo al protocolo de institucional | Libro entrega de turno |

**Observaciones:**

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

David Baez
**Firma del Contratista**

**C.C.** 1.024.582.314 **de** BOGOTA

**VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS**

| | |
|---|---|
| **NOMBRE:** | Juliana P. Naranjo |
| **CARGO:** | C.C. No. 52.431.204 Bta<br>Enfermera P.U.J. |
| **FIRMA** | |

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 | 1024562314 | 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 | CANTIDAD UPC |
| | | | | | 1 | 1 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2021-01 | 2021-01 | I | | 48539727 | $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