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
Nombre del Contratista:	EFRAIN JIMENEZ BERNAL			Unidad a la que pertenece:	UNIDAD SANTA CLARA
Fecha Inicio:	9/02/2021	Fecha Terminación Inicial:	31/03/2021	C.C.	79.700.557 de: BOGOTA
				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	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	2196	15/08/2021	15/09/2021
5	$ 1.093.500	2839	15/09/2021	30/09/2021
6	$ 1.381.050	3253	15/10/2021	31/10/2021
7	$ 1.944.000	3453	31/10/2021	2021-11-30
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	881842930
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	1039586254
10	OCTUBRE	$ 1.701.000	$ 135.800	1040285178
11	NOVIEMBRE	$ 1.555.200	$ 135.800	1040800806
12				
13				

Resumen de contrato	VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
	$ 3.402.000	$ 18.391.050	$ 16.783.200	$ 1.607.850

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: 01/11/2021 Hasta: 30/11/2021

	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 (barandas arriba, oxigeno, protegiendo 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 oprtuna, segura, humanizadomy granbizando la seguridad del paciente en el mes NOVIEMBRE 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 NOVIEMBRE 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 bioseguridad en el mes de NOVIEMBRE DE 2021	
4	4. Tramitar la facturacion 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 NOVIEMBRE 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 cumilimiento de las activiades programadas para el mes de NOVIEMBRE 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 NOVIEMBRE DE 2021	
8	8. Asumir de forma responsable y respetuosa la atencion al paciente y compañeros del servicio.	Para el mes de NOVIEMBRE 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 NOVIEMBRE 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 NOVIEMBRE DE 2021	Listado de Asistencia
11	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	12. Informar daños de equipos o accidentes ocurridos durante el traslado de pacientes.	para el mes de NOVIEMBRE 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 NOVIEMBRE 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 las 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 pacienets a las diferentes areas a nivel institucional de manera oportuna y segura en el mes de NOVIEMBRE DE 2021	Formato Hoja de ruta de Camillero
16	16. Tramitar oportunamente las ordenes de examenes especiales emitidas como tac, ecografias, ecocardiogramas, cirdiosquias, etc	Se realizo la gestion administrativo del 100% de las ordenes de servicio de los pacienetes que requirieron apoyo diagnostico en el mes de NOVIEMBRE 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 NOVIEMBRE 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 atencion 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 NOVIEMBRE DE 2021	
19	19. Participar en las actividades de codigo rojo, código azul, y aplicacion de las guias y protocolos de gestion 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 registto de las activiades de la Hoja de ruta del camillero	Formato Hoja de ruta de Camillero
21	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	Se ejecutaron las actividades programadas para el mes de NOVIEMBRE 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 musional 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, 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:	[illegible]
CARGO:	C.C. No. 52.431.204 Bta Enfermera P.U.J.
FIRMA	

Escaneado con CamScanner

CUENTA DE COBRO N° 10 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:

$ 1.555.200.(UN MILLON QUINIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS PESOS)
PESOS MCT ($ 1.555.200.)

Por concepto de:

- Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato **PS 2529 2021** correspondiente al mes de NOVIEMBRE 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: 30 DE NOVIEMBRE 2021

Escaneado con CamScanner

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2021-11-03, 01:52:16 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1040800806

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

PAGADO 03/11/2021

S DEL APORTANTE

ocial	EFRAIN JIMENEZ BERNAL		
nto	CC79700557	**Dirección**	CR 5A ESTE #31 C - 87 SUR
Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3164047800
sona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
ntante Legal		**Identificación**	
iliados	1	**ARP**	SEGUROS BOLIVAR

LLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado			Novedades																			Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafis
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
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

TALES

ensión	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
$ 0	$ 908.526	$ 908.526	$ 0	$ 0	$ 113.600	$ 22.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 135.800	$ 0	$

Escaneado con CamScanner

porvenir

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