210

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:	PC2446 2021	**C.D.P. No:**	302	**Proceso al que pertenece:**	MEDIANA COMPLEJIDAD ASISTENCIAL
				Unidad a la que pertenece:	SAN BLAS
Nombre del Contratista:	YEIMMY MILLAN CRUZ	**C.C.**	52.533.740	**de:**	BOGOTA
Fecha Inicio:	2021-02-01	**Fecha Terminación Inicial:**	2021-03-31	**Valor Mensual:**	$ 1.506.600
Valor a cobrar:	1,701,000				

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 2.187.000	792	2021-04-01	2021-04-30
2	$ 3.256.200	792	2021-05-01	2021-05-31
3	$ 4.374.000	792	2021-06-16	2021-08-15
4	$ 2.187.000	792	2021-08-16	2021-09-15
5	$ 1.093.500	2839	2021-09-16	2021-09-30
6	$ 2.187.000	3453	2021-10-01	2021-11-30
7				
8				
9				
10				
11				
12				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	FEBRERO	$ 1.555.200	$ 281.200	4372420421
2	MARZO	$ 1.603.800	$ 281.200	4377010718
3	ABRIL	$ 1.944.000	$ 281.200	4380637675
4	MAYO	$ 1.992.600	$ 281.200	4384343494
5	JUNIO	$ 1.944.000	$ 281.200	4390618482
6	JULIO	$ 1.944.000	$ 281.200	4392968863
7	AGOSTO	$ 1.506.600	$ 281.200	4400247014
8	SEPTIEMBRE	$ 1.458.000	$ 281.200	4405716896
9	OCTUBRE	$ 1.506.600	$ 281.200	4409662146
10	NOVIEMBRE	$ 1.944.000	$ 281.200	4414057951
11	DICIEMBRE	$ 1.701.000	$ 281.200	4422736231
12				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 4.374.000	$ 19.658.700	$ 19.099.800	$ 558.900

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:** 01/12/2021 **Hasta:** 31/12/2021

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las asignadas en la minuta)	DESCRIPCION 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(BARANDAS ARRIBA,OXIGENO, PROTEGIENDO AL PACIENTE DEL FRIO Y CUIDADO DE SU INTIMIDAD), Y DEMAS REGLAMENTACION ESTABLECIDA POR LA ENTIDAD.	realizo traslado de paciente verificanco nombre apellido edad tambien vericando cama odisponibilidad en el servicio cumpliendo con el protocolo de tralado con medidads de seguridad con respeto responsabilidad y respetando la privacidad del paciente	comento y entrego paciente en el sevicio en forma adecuada con respeto hacia el paciente y el personal de salud
2	TRASLADAR LAS MUESTRAS BIOLOGICAS AL LABORATORIO CLINICO, DE FORMA OPORTUNA.	realizo traslado de laboratorios con debido protocolo y en el menor tiempo disponible en forma oportuna	realizo traslado de muestras al laboratorio registrandolas en mi hoja de ruta
3	USAR LOS ELEMENTOS DE BIOSEGURIDAD EN EL TRASLADO DE MUESTRAS Y PROCEDIMEINTOS.	uso debidamente los elementosde bioseguridad en el traslado de muestras al laboratorio	uso mis implementos de seguridad en el momento de trasladar las muestras
4	TRAMITAR LA FACTURACION DE ORDENES DE SERVICIO EN FORMA OPORTUNA (LABORATORIOS, ECOGRAFIAS, RAYOS X, ETC)	realizo traslado oprtunamente de salidas facturacionrx ecografias en forma oportuna	tramito de forma rapida y adecuadalas ordenes y examenes que me entregan para radicae y registrandoloas en mi hoja de ruta
5	TRASLADAR LOS EQUIPOS E INSUMOS A LOS SERVICIOS, VELANDO POR LA INTEGRIDAD Y SEGURIDAD DE LOS MISMOS.	traslado de nmaterial quirurgicos y insumos en el menor tiempo posible	velo por el buen uso de las sillas de ruedas o elementos que utilizamos derante la jornada laboral
6	RESPONDER POR EL INVENTARIO QUE SE LE HA ASIGNADO, UTILIZANDO ADECUADAMENTE LOS EQUIPOS Y ELEMENTOS SUMINISTRADOS PARA LLEVAR A CABO SU ACTIVIDAD.	en la entrega de turno reviso sillas de ruedas y balas de oxigeno del servicio	enrego sillas que halla utilizado en el turno en uen estado
7	REALIZAR LA DESINFECCION DE LOS EQUIPOS ASIGNADOS DE ACUERDO AL PROTOCOLO.	realizo desinfeccionde sillas de ruedas de los servicios con protocolo	cumplo haciendo las desinfecciones correspondientes
8	ASUMIR DE FORMA RESPONSABLE Y RESPETUOSA LA ATENCIÓN AL PACIENTE Y COMPAÑEROS DEL SERVICIO.	entrego turno de manera respetuosa a los pacientes comentando los procedimentos examenes que le realizaron durante el turno a jefes y compañeros	n
9	CONSERVAR, MANTENER Y GARANTIZAR LA RESERVA LEGAL DE LA HISTORIA CLINICA.	realizo traslado de salidas garantizando con respeto y reserva la historia clinica o documento hospitalario	conservo con respeto la historia clinica en el momento del traslado a facturacion
10	ASISTIR A LAS REUNIONES DEL GRUPO FUNCIONAL Y CAPACITACIONES PROGRAMADAS POR LA ENTIDAD, DE CONFORMIDAD CON SUS ACTIVIDADES.	asisto alas reuniones y capacitaciones ralizasdas en la unidad	asisto alas reuniones y capacitaciones con forme lo ordena el departamento o mi jefe inmediato
11	MANTENER RESERVA DE LA INFORMACION QUE LE SEA SUMINISTRADA EN DESARROLLO DE SU SERVICIO Y DE TODOS AQUELLOS PROPIOS DEL MISMO.	mantengo con reserva la informacion que me es suministrada en los sevicios	respeto la informacion suministrada en los servicios
12	INFORMAR DAÑOS DE EQUIPOS O ACCIDENTES OCURRIDOS DURANTE EL TRASLADO DE PACIENTES.	informo adecuadamente daños que se puedan presentar con los equipos o elementos que utilizamos en el servicio durante el turno	informo por daños que puedan haber durante el turno
13	INFORMAR OPORTUNAMENTE AL REFERENTE DEL PROCESO, INCONVENIENTES QUE SE PRESENTEN CON PACIENTES , MUESTRAS Y EQUIPOS.	informo adecuadamente al jefe o personal inconsistencias que comente el paciente en el momento de sertraladado a algun examen	informo alos jefes o auxiliares inconformidades que tenga el paciente en el momento del traslado a algun examen o comento daños que puedad haber durante el turno
14	TRASLADAR LOS PACIENTES FALLECIDOS A LA MORGUE Y UBICARLOS EN LA NEVERA DESTINADA PARA TAL FIN	realizo traslado de paciente fallecido con la medidas y protocolo de segurida con el debido repeto ubicandolo en la nevera o en la morge con los debidos cuidados	realizo traslado de cadaver ala morge y lo ubico en la nevera de manera adecuada
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 pacientes a examenes talaes como ecografias rayos x a endoscopias y fisiatria oftamologiasicologia y otros	llevo pacientes a sus respectivos exames
16	TRAMITAR OPORTUNAMENTE LAS ORDENES DE EXAMENES ESPECIALES EMITIDAS COMO TAC, ECOGRAFIAS, ECOCARDIOGRAMAS, ENDOSCOPIAS, ETC.	tramito ordenes tales como examenes especiales oportunamente y en conformidad a como lo requiere el servicio	realize tramite de examenesy interconsultas talees como ecografias ecocardiogramas rayos x
17	DAR CUMPLIMIENTO A GUIAS Y PROTOCOLOS ESTABLECIDOS POR LA ENTIDAD.	realizo y leo los protocolos y intructivos establecidos por la unudad	leo los protocolos institucionales
18	OFRECER TRATO CON CALIDEZ Y CALIDAD AL PACIENTE Y LA FAMILIA, DANDO UNA ATENCION HUMANIZADA CONSERVANDO EL RESPETO POR LA DIGNIDAD HUMANA.	ofresco buen trato y respeto alos pacientes y familiares en todo momento tanto en traslado a examenes o salidas ala casa	ofrezco buen trato a los pacientes y familiaresy compañeros y jefes
19	PARTICIPAR EN LAS ACTIVIDADES DEL CODIGO ROJO , CODIGO AZUL Y APLICACION DE LAS GUIAS Y PROTOCOLOS DE GESTION DE HEMOCOMPONENTES	participo activamente cuando hay traslados de pacientes cuando hay codigo azul o en el momento que requieran de mi servicio	estoy atenta alos llamados cuando se presentan codigos o en el momento que lo requiera el servicio
20	REALIZAR LA ENTREGA DE SUS ACTIVIDADES AL FINALIZAR LAS MISMAS.	entrego turno adecuadamente y oportunamente	hago entrega de turno y comento pormenores o pendientes
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.	ejerso mis actividades según mi profesion con actitud y respeto	informo alos jefes o auxiliares inconformidades que tenga el paciente en el momento del traslado a algun examen o comento daños que puedad haber durante
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 lo acordado comentando pormenores o pendientes	entrego turno de acuerdo a lo acordado con las jefes y compañeros

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

Yeimmy Millan Cruz.
Firma del Contratista

C.C. 52.533.740 de BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	MELBA QUINTERO
CARGO:	ENFERMERA
FIRMA	

C.C. 1[illegible]
Enfermera

2404

CUENTA DE COBRO 011- 2021

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD
CENTRO ORIENTE E.S.E.
Nit. 900.959.051-7

DEBE A:

YEIMMY MILLAN CRUZ

C.C: 52533740

LA SUMA DE

UN MILLON SETECIENTOS UN MIL PESOS M/C (1.701.000)

Por concepto de:

- Honorarios por Prestación de Servicios en cumplimiento del Contrato No. PS 2446. 2021 correspondiente al mes DICIEMBRE 2021.

OBJETO: PRESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO DE MANERA PERSONAL Y AUTONOMA EN SU CONDICION DE CAMILLERA. PARA LA EJECUCION DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LOS DIFERENTES SERVICIOS. CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Cordialmente,

Yeimmy Millan Cruz

C.C: 52533740
Teléfono: 3125725618
N.° de cuenta: ahorros: 008400754902 CUENTA DE AHORROS DAVIVIENDA
fecha: 31/12/2021

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

SOI

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	52533740
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			YEIMMI MILLAN CRUZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CR 7 3-52 SUR	TELEFONO:	6943082
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otros trabajos de edición,
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA							
NÚMERO PLANILLA:			4422736231	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	noviembre	AÑO 2021	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	noviembre	AÑO 2021
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2021/12/03	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			9997765794

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 145.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 145.400	$ 0	$ 145.400
SUBTOTALES:										$ 145.400	$ 0	$ 145.400

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NUMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NUMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN UPC	MORA COTIZACIÓN	MORA UPC	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 113.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 113.600	$ 0	$ 0	$ 113.600
SUBTOTALES:													$ 113.600	$ 0	$ 0	$ 113.600

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NUMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
14-7	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 22.200	$ 22.200	$ 0	$ 0	$ 22.200
SUBTOTALES:									$ 22.200	$ 0	$ 0	$ 22.200

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC 52533740	MILLAN CRUZ YEIMMY	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE		$ 908.526			NO																	

SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN

Nº	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
1	25-14 COLPENSIONES	[illegible]	$ 908.526	$ 145.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 145.400

SEGURIDAD SOCIAL — SALUD

Nº	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE
1	EPS002-SALUD TOTAL	[illegible]	$ 908.526	$ 113.600	$ 0	$ 113.600

SEGURIDAD SOCIAL — ARP

Nº	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
1	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	[illegible]	$ 908.526	52533740	$ 22.200

PARAFISCALES

Nº	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 281.200

Planilla Pagada

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contr...
9 Incumplimientos

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	CUENTA DE COBRO FEBRERO	YEIMY MILLAN CRUZ (1).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	yeimmymillan.pdf	yeimmymillan.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	YEIMMY MILLAN CRUZ cta cobro febrero - marzo.pdf	YEIMMY MILLAN CRUZ cta cobro febrero - marzo.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	YEIMY MILLAN CRUZ abril.pdf	YEIMY MILLAN CRUZ abril.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	YEIMMI MILLAN CRUZ.pdf mayo	YEIMMI MILLAN CRUZ.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	JEIMMY MILLAN CRUZ.pdf junio	JEIMMY MILLAN CRUZ.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	YEIMMY CUENTA DE COBRO JULIO.pdf	YEIMMY CUENTA DE COBRO JULIO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	YEIMMY MILLAN CRUZ cc agosto.pdf	YEIMMY MILLAN CRUZ cc agosto.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 2446 2021 SEPTIEMBRE YEIMMY MILLAN CRUZ.pdf	PS 2446 2021 SEPTIEMBRE YEIMMY MILLAN CRUZ.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	encuesta.jpg (Archivado)	encuesta.jpg	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 2446 2021 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2021	YEIMMY MILLAN CRUZ CUENTE DE COBRO OCTUBRE.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	ENCUESTA SARLAF.jpg	ENCUESTA SARLAF.jpg	Proveedor	Descargar	Detalle
	PS24462021 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2021.pdf (Archivado)	PS24462021 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	PS24462021 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2021.pdf (Archivado)	PS24462021 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta de Noviembre PS 2446 2021 YEIMMY MILLAN CRUZ.pdf	Cuenta de Noviembre PS 2446 2021 YEIMMY MILLAN CRUZ.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >