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 – GESTION DE CONTRATACION**
**FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO**

**CÓDIGO: AP-IA-FT-014**
**VERSION: 03**
**FECHA: 2021-12-27**

## 1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

**No. CONTRATO - OPS:** PS 2615 2022 **C.D.P. No.:** 105

**Proceso que pertenece:** PROCESO MISIONAL
**Servicio al que pertenece:** HOSPITALIZACION
**Unidad a la que pertenece:** UNIDAD SANTA CLARA

**Nombre del Contratista:** EFRAIN JIMENEZ BERNAL **C.C.** 79.700.557 **de:** BOGOTA

**Fecha Inicio:** 2022-02-21 **Fecha Terminación inicial:** 2022-05-31 **Valor Mensual:** $ 1.501.740 **Valor a cobrar:** $ 1.501.740

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | $ 648.000 | 993 | 2022-05-01 | 2022-05-31 |
| 2 | $ 49.572 | 1566 | 2022-05-18 | 2022-05-31 |
| 3 | $ 850.368 | 1704 | 2022-06-01 | 2022-06-15 |
| 4 | $ 3.888.000 | 1905 | 2022-06-15 | 2022-08-15 |
| 5 | $ 470.545 | 2590 | 2022-08-15 | 2022-08-21 |
| 6 | $ 1.093.500 | 2644 | 2022-08-22 | 2022-09-05 |
| 7 | $ 2.252.610 | 2859 | 2022-09-06 | 2022-10-05 |
| 8 | $ 1.918.890 | 3204 | 2022-10-06 | 2022-11-05 |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |

| Nº CTA | MES DE CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR | VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL | NÚMERO DE PLANILLA | FECHA DE PAGO PLANILLA |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | FEBRERO | $ 1.522.800 | $ 309.400 | 1043858718 | 11.02.2022 |
| 2 | MARZO | $ 1.652.400 | $ 149.400 | 1043888642 | 03.03-2022 |
| 3 | ABRIL | $ 1.652.400 | $ 149.400 | 1044390744 | 04.04.2022 |
| 4 | MAYO | $ 1.701.972 | $ 149.400 | 1045089407 | 09.05-2022 |
| 5 | JUNIO | $ 1.601.856 | $ 309.400 | 1045954317 | 06.06-2022 |
| 6 | JULIO | $ 1.501.740 | $ 309.400 | 1046567494 | 05-07.2022 |
| 7 | AGOSTO | $ 1.092.933 | $ 149.400 | 1047182043 | 04-08.2022 |
| 8 | SEPTIEMBRE | $ 1.501.740 | $ 149.400 | 1047940772 | 05-09.2022 |
| 9 | OCTUBRE | $ 1.501.740 | $ 149.400 | 1048615776 | 06-10.2022 |
| 10 | | | | | |
| 11 | | | | | |
| 12 | | | | | |
| 13 | | | | | |

**Resumen de contrato**

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 5.832.000 | $ 17.003.485 | $ 13.729.581 | $ 3.273.904 |

## 2. INFORME DE ACTIVIDADES REALIZADAS Y AVANCE EN CUMPLIMIENTO DEL OBJETO DEL CONTRATO

**OBJETO DEL CONTRATO**

PRESTAR SERVICIOS DE BACHILLER COMO CAMILLERO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

**Relación de actividades para el periodo:** **Desde:** 2022-10-01 **Hasta:** 2022-10-31

| | OBLIGACIONES ESPECIFICAS (Las estipuladas en la minuta) | DESCRIPCIÓN 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 OCTUBRE DE 2022 | 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 OCTUBRE DE 2022 | 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 OCTUBRE DE 2022 | Formato Hoja de ruta de Camillero |
| 4 | 4. Tramitar la facturación de ordenes 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 OCTUBRE DE 2022 | 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 | Formato Hoja de ruta de Camillero |
| 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 OCTUBRE DE 2022 | Formato Hoja de ruta de Camillero |
| 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 OCTUBRE DE 2022 | Formato Hoja de ruta de Camillero |
| 8 | 8. Asumir de forma responsable y respetuosa la atención al paciente y compañeros del servicio. | Para el mes de mayo se cumplieron las actividaes asignadas de manera responsable y trabajo en equipo | Formato Hoja de ruta de Camillero |
| 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 OCTUBRE DE 2022 | Formato Hoja de ruta de Camillero |
| 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 OCTUBRE DE 2022 | 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 | Formato Hoja de ruta de Camillero |
| 12 | 12. Informar daños de equipos o accidentes ocurridos durante el traslado de pacientes. | para el mes de OCTUBRE DE 2022 se realizaron los reportes de sucesos de seguridad durante el desarrollo de las actividades programadas | Formato Hoja de ruta de Camillero |
| 13 | 13. Informar oportunamente al referente del proceso inconveniente que se presenten con pacientes, muestras y equipos. | Durante el mes de OCTUBRE DE 2022, se garantizo una comunicacion efectiva y oprtuna con el equipo de trabajo | Formato Hoja de ruta de Camillero |
| 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 OCTUBRE DE 2022 | Formato Hoja de ruta de Camillero |
| 16 | 16. Tramitar oportunamente las ordenes de exámenes especiales emitidas como tac, ecografías, 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 OCTUBRE DE 2022 | 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 OCTUBRE DE 2022 se realizaron de acuerdo a los protcolos institucionales | Formato Hoja de ruta de Camillero |
| 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 OCTUBRE DE 2022 | Formato Hoja de ruta de Camillero |
| 19 | 19. Participar en las actividades de código rojo, código azul, y aplicación de las guías 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 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 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 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. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato. | se realizo el recibo y entrega de turno de acuerdo al protocolo de institucional | L ibro entrega de turno |

**Observaciones:**

**Nota:** Es deber contractual anexar la certificación del pago a Salud, pensión y ARL. En caso de tener contrato nuevo adjuntar el soporte de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud como cotizante y afiliación a pensión,. Teniendo en cuenta que con la implementacion del Decreto 1273 de 2018 el pago de aportes se hace de manera vencida de acuerdo con las fechas establecidas en el Decreto 1990 de 2016.

Efrain Jimenez
**Firma del Contratista**

**C.C.** 79.700.557 **de** BOGOTA

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 1 | |
|---|---|
| **NOMBRE:** | TATIANA PAOLA CLAVIJO QUESADA |
| **CARGO:** | ENFERMERA |
| **FIRMA** | Tatiana P. Clavijo Q. C.C. No. 52.4[illegible]204 Bta Enfermera P.U.J. |

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 2 | |
|---|---|
| **NOMBRE:** | INDIRA JUDITH CALAMBAS ALVAREZ |
| **CARGO:** | [illegible] |
| **FIRMA** | Indira Calambas T.P. 1.053.[illegible] Especialista en Gerencia de la Calidad en Salud U.C.M.C. |

**CUENTA DE COBRO N° 09 DE 2022**

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.**

**Nit.900.959.051-7**

**DEBE A:**

**EFRAIN JIMENEZ BERNAL**

**C.C. 79700557 de BOGOTÁ**

**LA SUMA DE:**

**UN MILLON QUINIENTOS UN MIL SETECIENTOS CUARENTA PESOS M/CTE**

**($1.501.740)**

**POR CONCEPTO DE: 180 HORAS Honorarios por Prestación de Servicios en cumplimiento del Contrato No. PS 2615 2022, con afiliación ARL RIESGO 3 correspondiente al mes de OCTUBRE de 2022.**

**OBJETO: PRESTAR SERVICIOS DE BACHILLER COMO CAMILLERO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. 01/10/2022 AL 31/10/2022**

**Cordialmente**

**EFRAIN JIMENEZ BERNAL**

**C.C. 79700557 DE BOGOTÁ**
**CEL 3166047800**
**Dir: KRA 5ª ESTE No 31c-87SUR**
**No Cuenta Bancaria: 008480366114 ahorros DAVIVIENDA**
**31 DE OCTUBRE 2022**

Simple

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2022-10-06, 01:41:45 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1048615776

**Periodo Cotización:** septiembre de 2022 **Periodo Servicio:** septiembre de 2022 **Referencia pago (PIN):** 8840766750

**PAGADO 06/10/2022**

## 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 S.A. | $ 1.000.000 | $ 125.000 | 2,436 | $ 1.000.000 | $ 24.400 | (NIN-CC) NINGUNA CCF | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 149.400 |

## 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 | $ 1.000.000 | $ 1.000.000 | $ 0 | $ 0 | $ 125.000 | $ 24.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 149.400 | $ 0 | $ 149.400 |



Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 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!

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