53

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 CONTRATACIÓN
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

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

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS2598-2022	**C.D.P. No.:**	105
Proceso que pertenece:	MISIONAL		
Servicio al que pertenece:	HOSPITALIZACION		
Unidad a la que pertenece:	SAN BLAS		
Nombre del Contratista:	Hesneyder Aldana Rico	**C.C.**	1.022.421.941 **de:** Bogota
Fecha Inicio:	2022-02-01	**Fecha Terminación inicial:**	2022-05-31
Valor Mensual:	$ 1.944.000	**Valor a cobrar:**	$ 1.551.798

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 972.000	993	2022-05-01	2022-05-31
2	$ 299.862	1566	2022-05-01	2022-06-15
3	$ 3.888.000	1704	2022-06-16	2022-08-15
4	$ 493.906	2590	2022-08-16	2022-08-21
5	$ 1.093.500	2644	2022-08-17	2022-09-05
6	$ 2.252.610	2859	2022-09-06	2022-10-05
7	$ 2.187.000	3204	2022-10-06	2022-11-05
8	$ 0		2022-11-06	2022-12-05
9				
10				
11				
12				

N° CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO PLANILLA
1	FEBRERO	$ 1.701.000	$ 309.400	7822533789	1/02/2022
2	MARZO	$ 1.701.000	$ 329.400	7828396643	3/03/2022
3	ABRIL	$ 1.749.000	$ 329.400	7830882131	31/03/2022
4	MAYO	$ 1.952.262	$ 329.400	7832900291	9/05/2022
5	JUNIO	$ 1.451.682	$ 329.400	7837650048	9/06/2022
6	JULIO	$ 2.010.663	$ 329.400	7841558581	11/07//2022
7	AGOSTO	$ 1.501.740	$ 329.400	7844868350	8/08/2022
8	SEPTIEMBRE	$ 1.501.740	$ 329.400	7848128246	8/09/2022
9	OCTUBRE	$ 1.551.798	$ 329.400	7851809424	10/10/2022
10	NOVIEMBRE	$ 1.551.798	$ 329.400	7855504768	8/11/2022
11					
12					

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 5.832.000	$ 17.018.878	$ 16.672.683	$ 346.195

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:** 2022-11-01 **Hasta:** 2022-11-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUTO O EVIDENCIA
1	Recibir y entregar turno de acuerdo al protocolo de recibo y entrega de turno, permitiendo dar continuidad al tratamiento y atención del usuario.	Cumple con el protocolo de recibo y entrega de turno.	entrego turno a mis compañeros de acuerdo al protocolo.
2	Traslado de los pacientes verificando la disponibilidad de la cama.seguridad e integridad del paciente(barandas arriba,oxigeno,protegiendo al paciente del frio y cuidado de su intiinmidad), y demas reglamento establecido por la entidad	realizo el traslado de paciente verificando nombre apellido edad tambien verificando cama o disponivilidad en el servicio cumpliendo con el protocolo de trabajo.	comento y entrego paciente en el servicio de forma adecuada con respeto al pacientey personal de salud.
3	usar los elementos de bioseguridad en el traslado de muestras y procedimienteos.	uso devidamente los elementos de bioseguridaden el trabajo y traslado de muestras al laboratorio.	uso mis implementos de seguridad en el momento de trasladas las muestras.
4	tramitar la facturacion de ordenes de servicio en forma oportuna (laboratorios, ecografias, rayos x, etc)	realizo traslado oportunamente de salidas y facturacion de ecografias.	tramito de forma rapida y oportunaordenes y examenes que me entregan.
5	trasladar los equipos e insumos a los servicios, velando por la integridad y seguridad de los mismos.	traslado de material quirurgicos e insumos en el menor tiempo posible.	velo por el buen uso de sillas de ruedas o elementos que utilizamos durante la jornada laboral.
6	responder por el iinventario que se le ha asignado, utillizando adecuadamente los equipos y elementos suministrados para llevar acabo su actividad	en la entrega de turno reviso sillas de ruedas y balas de oxigeno del servicio.	entrego sillas que alla utilizado en el turno en buen estado.
7	realizo la desinfeccion de los equipos de acuerdo al protocolo.	realizo desinfeccion de sillas de ruedas de los servicios con protocolo.	cumplo realizando las desinfecciones correspondientes.
8	asumir de forma respon sable y respetuosa la atencion al paciente y compañeros del servicio	entrego truno de manera respetuosa de los pacientescomentando los procedimientosexamenes que le realizaron durante el turno a jefes y compañeros.	NO APLICA
9	conservar, mantenery garantizar la reservalegal de la historia clinica	realizo traslado de salidasgarantizando con respeto y reserva la historia clinica o documento hospotalario.	conservo con respeto la historia clinica en el momento del traslado a facturacion.

10	asistir a las reunionesdel grupo funcional y capacitaciones programadas por la entidad de coformidad por sus actividades.	Cumple con las normas del comité de epidemiologia.	asisto a las reuniones y capacitaciones conforme lo establece la coordinadora o jefe inmediata.
11	mantener reserva de la informacion que le sea ssuministradaen desarrollo de su servicio y de todos aquellospropios del mismo.	mantengo con reserva la informacion que me es suministrada en los servicios.	respeto la informacion suministrada en los servicios.
12	informar daños de equipos o accidentes ocurridos durante el traslado del paciente	informo adecuadamente daños que se puedan presentar con los equipos o elementos que utillizamos en el servicio durate el turno.	informo por daños en los equipos que puedan haber sucedido durante el turno.
13	informar oportunamente al referentedel proceso inconvenientes que se presenten con pacientes, muestras y equipos	informo adecuadamente daños que se puedan presentar con los equipos o elementos que utillizamos en el servicio durate el turno.	informo a los jefes o auxiliares inconformidades o eventos que tenga el paciente en el momento del traslado.
14	trasladar los pacientes fallecidos a la morgue y ubicarlos en la nevera destinada para tal fin.	realizo traslado de paciente fallecido con la medida de protocolo de seguridad con el debido respeto ubicandolo en la nevera o en la morgue con los debidos cuidados.	realizo traslado de cadaver a la morgue y lo ubico en la nevera de manera adecuada.
15	realizar traslados de los pacientes a los diferentes examenes y valoraciones requeridas en forma oportuna y segura de conformidad con las necesidades del servico.	traslado pacientes a examenes, ecografias,rayos x,endoscopias, oftalmologia, y otros.	traslado paciente a sus respectivos examenes.
16	tramitar oportunamente las ordenes de examenes especiales emitidas como TAC, ECOGRAFIAS, ECOCARDIOGRAMAS, ENDOSCOPIAS ETC.	tramito ordenespara examenes oportunamente y en conformidad como lo requiere el servicio.	realizo tramite de examenes, interconsultas etc.
17	dar cumplimiento a guias y protocolos establecidos por la entidad.	realizo y leo los protocolos e instructivos establecidos por la unidad.	leo los protocolos institucionales.
18	ofrecer trato con calidez y calidad al paciente y familia, dando una atencion humanizada conservando el respeto por la dignidad humana.	ofresco buen trato y respeto a los pacientesy familiares en traslado a examenes o salidas a la casa.	ofrezco buen trato a pacientes familiares y compañeros de labor.
19	participar en las actividades del codigo rojo, codigo azul y aplicando las guias y protocolos de gestion de hemocomponentes.	participo activamente cuando hay traslado de pacientes, en codigo azul, o en el momente que requieran mi servicio.	estoy atento (a) a los llamados de los servicios correpondientes.
20	realizar la entrega de sus actividades al finalizar las mismas.	entrego turno adecuadamente y oportuno.	entrego turno a mis compañeros de acuerdo al protocolo.
21	ejercer las actividades propias de la profecion de conformidad con las normas y/o reglamentos de acuerdo al objeto contractual y las nececidades del servicio.	ejerso mis actividades según mi profesion con actitud y respeto.	informo a los jefes o auxiliares inconformidades o eventos que tenga el paciente en el momento del traslado.
22	Recibir y entregar turno de acuerdo al protocolo de recibo y entrega de turno, permitiendo dar continuidad al tratamiento y atención del usuario.	recibo y entrego turno según protocolo comentando pormenores o pendientes.	entrego turno a mis compañeros de acuerdo al protocolo.

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 implementación 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.

HESNEYDER RICO

Firma del Contratista

C.C.	1.022.421.941	de	Bogota

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 1	
NOMBRE:	TATIANA PAOLA CLAVIJO QUESADA
CARGO:	ENFERMERO CODIGO 243 GRADO 20
FIRMA	Tatiana P. Clavijo C.C. No. 52431204 Bta Enfermera P.U.J.

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 2	
NOMBRE:	**LUZ ANGELA CONTRERAS MORENO**
CARGO:	ENFERMERO CODIGO 243 GRADO 20
FIRMA	Luz Angela Contreras

CUENTA DE COBRO 10 2022

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD

CENTRO ORIENTE E.S.E.

NIT900.959.051-7

DEBE A:

HESNEYDER ARVEY ALDANA RICO

C.C. 1022421941 DE BOGOTA

LA SUMA DE:

UN MILLÓN QUINIENTOS CINCUENTA Y UN MIL SETECIENTOS NOVENTA Y OCHO
PESOS M/CTE
($1.551.798)

Por concepto de:

- Honorarios por 186 horas de prestación de servicios en cumplimiento del contrato **PS 2598 2022**correspondientes al mes de**NOVIEMBRE** de 2022.

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS DE ACUERDO A SU PERFIL ACADEMICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES DE **CAMILLERO**, CON DISPONIBILIDAD DE CUMPLIMIENTO DE LA MISION Y LA VISION DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Cordialmente;

HESNEYDER RICO

HESNEYDER ARVEY ALDANA RICO
CC.1022421941
Teléfono: 3125046730
No. Cuenta Bancaria: 488419073058 AHORROS BANCO DAVIVIENDA.

Fecha: 30 Noviembre 2022

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1022421941
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			HESNEYDER ARVEY ALDANA RICO
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CRA 99 NO 16 H - 66	TELÉFONO:	2000000
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	**7855504768**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES	
PERIODO COTIZACIÓN OTROS SUBSISTEMAS:	MES: octubre AÑO: 2022	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:		MES: octubre AÑO: 2022	
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2022/11/08	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1746306734	

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800229739	230201	230201- PROTECCION	1	$ 160.000
SUBTOTAL:			1	**$ 160.000**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
830003564	EPS017	EPS017-FAMISANAR	1	$ 125.000
SUBTOTAL:			1	**$ 125.000**
CAJA DE COMPENSACIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860066942	CCF24	CCF24-COMPENSAR	1	$ 20.000
SUBTOTAL:			1	**$ 20.000**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
890903790	14-11	14-11 - ARL SURA	1	$ 24.400
SUBTOTAL:			1	**$ 24.400**

TOTAL PAGADO:	**$ 329.400**