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:	PS2260 2023	**C.D.P. No.:**	118	**Proceso que pertenece:**	MISIONAL
				Servicio al que pertenece:	HOSPITALIZACION
				Unidad a la que pertenece:	UMHES SAN BLAS

Nombre del Contratista: HESNEYDER ALDANA RICO **C.C.** 1,022,421,941 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2023-01-21 **Fecha Terminación inicial:** 2023-04-20 **Valor Mensual:** $ 1.752.030 **Valor a cobrar:** $ 1.691.484

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 165.200	860	2023-04-01	2023-12-31
2	$ 1.849.194	1051	2023-04-21	2023-05-20
3	$ 818.460	1534	2023-05-21	2023-06-05
4	$ 1.007.920	2055	2023-06-06	2023-08-05
5	$ 2.000.680	2117	2023-07-06	2023-08-05
6	$ 727.588	2356	2023-08-06	2023-08-20
7	$ 1.448.977		2023-08-21	2023-09-20
8				
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	ENERO	$ 1.001.460	$ 309.400	7862585269	2/01/2023
2	FEBRERO	$ 1.401.624	$ 382.100	7869077341	8/02/2023
3	MARZO	$ 1.451.682	$ 382.100	7869925588	2/03/2023
4	ABRIL	$ 1.582.356	$ 382.100	7872533941	5/04/2023
5	MAYO	$ 1.855.176	$ 382.100	7876970114	9/05/2023
6	JUNIO	$ 1.527.792	$ 382.100	7881036969	8/06/2023
7	JULIO	$ 1.800.612	$ 382.100	7884742414	12/07/2023
8	AGOSTO	$ 1.691.484	$ 382.100	7888763505	09/08/2023
9					
10					
11					
12					

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 5.506.380	$ 13.524.399	$ 12.312.186	$ 1.212.213

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:** 2023-08-01 **Hasta:** 2023-08-31

	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 a lo acordado con el Supervisor y de conformidad al objeto misional de la Entidad	Entregar lo pendiente del turno al compañero que recibe	Registro actividades pendientes en planilla camillero diario
2	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, humanizado y grantizando la seguridad del paciente.	Cumple con formato de actividades de camillero
3	Trasladar las muestras biológicas al laboratorio clinico, de forma oportuna	Se realizo el traslado del 100% de las muestras garantizando las normas de calidad y seguridad.	Cumple con formato de actividades de camillero
4	Usar los elementos de bioseguridad en el traslado de muestras y procedimientos	Se realizo el traslado del 100% de las muestras garantizando el uso adecuado de los elementos de bioseguriad.	cumple con la utilizacion de los elementos de bioseguridad
5	Tramitar la facturación 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 pacientes que requirieron apoyo diagnostico.	Verificar hoja ruta camillero
6	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	libro de novedades
7	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 activiades programadas.	cumple con el invemntario asignado
8	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.	formato de registro limpieza y desinfeccion
9	Asumir de forma responsable y respetuosa la atención al paciente y compañeros del servicio	se cumplieron las actividaes asignadas de manera responsable y trabajo en equipo	seguimiento supervision
10	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	historia clinica en fisico
11	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	formato de asistencia a capacitaciones
12	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	cumple con las actividades programadas
13	Informar daños de equipos o accidentes ocurridos durante el traslado de pacientes	se realizaron los reportes de sucesos de seguridad durante el desarrollo de las actividades programadas	libro de inventarios en los servicios
14	Informar oportunamente al referente del proceso inconveniente que se presenten con pacientes, muestras y equipos	se garantizo una comunicacion efectiva y oportuna con el equipo de trabajo	programa de humanizacion
15	Trasladar los pacientes fallecidos a la morgue y ubicarlos en la nevera destinada para tal fin.	El 100% de los cadaveres se trasladaron de acuerdo al protocolo de Manejo digno del Fallecido .	cumple con formato de actividades de camillero

16	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 pacientes a las diferentes areas a nivel institucional de manera oportuna y segura	cumple con formato de actividades de camillero
17	Tramitar oportunamente las ordenes de exámenes especiales emitidas como tac, ecografias, ecocardiogramas, endoscopias	Se realizo la gestion administrativo del 100% de las ordenes de servicio de los pacientes que requirieron apoyo diagnostico	cumple con formato de actividades de camillero
18	Dar cumplimiento a guías y protocolos establecidos por la Entidad	Las actividades programadas se realizaron de acuerdo a los protocolos institucionales	cumple con formato de actividades de camillero
19	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 calidad, calidez y humanizacion a los pacientes asignados	cumple con el programa de humanizacion
20	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	participar en los codigos según necesidad
21	Realizar la entrega de sus actividades al finalizar las mismas.	Se garantizo el registro de las activiades de la Hoja de ruta del camillero	verificar hoja ruta camillero
22	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 de acuerdo a las competencias	registro actividades planilla camillero diario
23	Realizar el uso de uniforme de acuerdo al protocolo institucional	Se realizo el uso adecuado del uniforme durante la programacion de actividades	Seguimiento supervisión

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:	JENNY PATRICIA BARAZETA AVILA
CARGO:	ENFERMERO CODIGO 243 GRADO 20
FIRMA	Patricia Barazeta

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 -8 2023

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD

CENTRO ORIENTE E.S.E.

NIT 900.959.051-7

DEBE A:

HESNEYDER ARVEY ALDANA RICO

C.C. 1022421941 DE BOGOTA

LA SUMA DE:

Un millón seiscientos noventa y un mil cuatrocientos ochenta y cuatro pesos MCTE
($1.691.484)

Por concepto de:

- Honorarios por 186 horas de prestación de servicios en cumplimiento del contrato **PS 1260 2023** correspondientes al mes de **AGOSTO** 01-08-2023 al 31-08-2023.

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 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: **31 AGOSTO 2023**

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:	7888763505		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	julio	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	julio
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2023	SALUD:	AÑO:	2023
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2023/08/09		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		93700696

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800229739	230201	230201- PROTECCION	1	$ 185.600
SUBTOTAL:			1	**$ 185.600**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
830003564	EPS017	EPS017-FAMISANAR	1	$ 145.000
SUBTOTAL:			1	**$ 145.000**
CAJA DE COMPENSACIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860066942	CCF24	CCF24-COMPENSAR	1	$ 23.200
SUBTOTAL:			1	**$ 23.200**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
890903790	14-11	14-11 - ARL SURA	1	$ 28.300
SUBTOTAL:			1	**$ 28.300**

VALOR SIN MORA:	**$ 382.100**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 382.100**