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 ARVEY 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:** $ 1.636.920

| 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 | 2691 | 2023-08-21 | 2023-08-31 |
| 8 | $ 1.636.920 | | 2023-09-01 | 2023-08-30 |
| 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 | SEPTIEMBRE | $ 1.636.920 | $ 382.100 | 5164979371 | 11/09/2023 |
| 10 | | | | | |
| 11 | | | | | |
| 12 | | | | | |

**Resumen de contrato**

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 5.506.380 | $ 15.161.319 | $ 13.949.106 | $ 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:** 2023-09-01 **Hasta:** 2023-09-30

| | 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 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 clínico, 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, ecografías, 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 Clínica. | 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 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 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 guias 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 |
| | 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 djuntar el soporte de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud como cotizante y afiliación a pensión , enviendo en cuenta que con la implementación del Decreto 1273 de 2018 el pago de aportes se hace de manera vencida e 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 -9 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 BOGOTÁ

**LA SUMA DE:**

Un millón seiscientos treinta y seis mil novecientos veinte pesos MCTE
($1.636.920)

Por concepto de:

*Honorarios por 180 horas de prestación de servicios en cumplimiento del contrato **PS 2260 2023** correspondientes al mes de **septiembre** 01-09-2023 al 30-09-2023.

*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: **30 SEPTIEMBRE 2023**

# SOPORTE DE PAGO GENERAL

DAVIVIENDA

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| ) IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NUMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1022421941 |
| MBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | HESNEYDER ARVEY ALDANA RICO |
| DAD/MUNICIPIO: | BOGOTA DISTRITO CAPITAL | DEPARTAMENTO: | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL |
| ECCIÓN: | CRA 99 NO 16 H - 66 | TELÉFONO: | 2000000 |
| ) APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | INDEPENDIENTE |
| ) EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Comercio al por mayor de computadores, equipo per |
| MA DE PRESENTACIÓN: | UNICO | | |
| RTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

## DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | 5164979371 | | | TIPO DE PLANILLA: | | | INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | agosto | AÑO 2023 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES | agosto | AÑO 2023 |
| DÍAS DE MORA: | 0 | | | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2023/09/11 | | | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | | 0305305145 |

## TOTAL APORTES A PENSIÓN

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| 01 | 230201- PROTECCION | 1 | $ 185.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 185.600 | $ 0 | $ 185.600 |
| TOTALES: | | | | | | | | | | $ 185.600 | $ 0 | $ 185.600 |

## TOTAL APORTES A SALUD

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NUMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NUMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | VALOR APORTES | COTIZACIÓN | VALOR APORTES | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 017 | EPS017-FAMISANAR | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 145.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 145.000 | $ 0 | $ 0 | $ 145.000 |
| TOTALES: | | | | | | | | | | | | | $ 145.000 | $ 0 | $ 0 | $ 145.000 |

## TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| | 14-11 - ARL SURA | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 28.300 | $ 28.300 | $ 0 | $ 0 | $ 28.300 |
| TOTALES: | | | | | | | | | $ 28.300 | $ 0 | $ 0 | $ 28.300 |

## TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| 24 | CCF24-COMPENSAR | 1 | $ 23.200 | $ 0 | $ 23.200 |
| TOTALES: | | | $ 23.200 | $ 0 | $ 23.200 |

## LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | SALUD | | | | | ARP | | | | | | CCF | | SENA | | ICBF | | ESAP | | MINEDU | |
| IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO EN EL EXTERIOR | EXTRANJERO NO OBLIGADO A COTIZAR PENSIÓN | RESIDENTE FISCAL EN COLOMBIA | RESIDENTE DOBLE TRIBUTACIÓN | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL PENSIONES | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DÍAS COT | IBC | ADMIN | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE |
| CC 1022421941 | ALDANA RICO HESNEYDER ARVEY | INDEPENDIENTE | CONTRATISTA PRESTACIÓN DE | $ 1.160.000 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | 230201-PROTECCION | 30 | $ 1.160.000 | $ 185.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 185.600 | EPS017-FAMISANAR | 30 | $ 1.160.000 | $ 145.000 | $ 0 | $ 145.000 | 14-11 - ARL SURA | 30 | $ 1.160.000 | 102242194 | $ 28.300 | 30 | $ 1.160.000 | CCF24-COMPENSAR | $ 23.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

**TOTAL** **$ 382.100**

Planilla Pagada