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: 01
FECHA: 2017-07-07

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: PS 0927 2019 **C.D.P. No.:** 109 **Proceso al que pertenece:** PROCESO ASISTENCIAL - ENFERMERIA
Unidad a la que pertenece: UNIDAD SANTA CLARA

Nombre del Contratista: JENNY MARCELA CEPEDA ARIZA **C.C.** 1016081374 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 01/02/2019 **Fecha Terminación incial:** 31/07/2019 **Valor Mensual:** $1 398 768 **Valor a cobrar:** $1 398 768

ADICIÓN/ OTROSI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	134820	1605	21/06/2019	31/07/2019
2	2967552	1756	15/07/2019	30/09/2019
3	1579368	2304	01/10/2019	30/11/2019

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1				
2	FEBRERO	$ 1.752.660	$ 256.300	8332440866
3	MARZO	$ 1.438.080	$ 256.300	8333430165
4	ABRIL	$ 1.348.200	$ 256.300	8334304885
5	MAYO	$ 1.438.080	$ 256.300	8334304885
6	JUNIO	$ 1.348.200	$ 256.300	8335414122
7	JULIO	$ 1.348.200	$ 256.300	8336186328
8	AGOSTO	$ 1.669.248	$ 256.300	8336857413
9	SEPTIEMBRE	$ 1.383.312	$ 256.300	8337502877
10	OCTUBRE	$ 1.398.768	$ 256.300	38110135
11				
12				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 8.628.480	$ 13.310.220	$ 13.124.748	$ 185.472

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 autonoma, en su condicion de Camillero para la ejecucion de actividades asistenciales en los procesos de gestion hospitalaria, urgencias y quirurgicos, conforme a las necesidades de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente.

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 01/10/2019 **Hasta:** 31/10/2019

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
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 normas establecidas por la Institucion.	Dar cumplimiento a guias y protocolos establecidos por la Institución
2	Traslado de muestras biológicas al laboratorio clinico, de forma oportuna.	Brindando la informacion sobre las necesidades de cada uno de los pacientes y las novedades administrativas con el fin de continuar con el plan de cuidado.
3	Uso de elementos de bioseguridad en el traslado de muestras y procedimientos.	Identificando los materiales e insumos requeridos para efectuar su posterior envio a las diferentes areas.
4	Tramitar la facturacion en forma oportuna de ordenes de servicio (laboratorios, ecografias, rayos X, etc.)	Realizando los traslados correspondientes a las ordenes de examenes solicitados para los pacientes que los requieran.
5	Responder por el inventario que se le ha asignado, utilizando adecuadamente los equipos y elementos suministrados para desempeñar su actividad.	Recogiendo en el area correspondiente las muestras de laboratorio, trasladarla para su analisis y los reportes de examenes de los pacientes hospitalizados, para posterior archivo en las historias clinicas respectivas.
6	Realizar la desinfección de los equipos asignados, de acuerdo al protocolo.	Realizando el traslado de los pacientes teniendo en cuenta las tecnicas de seguridad y de mecanica corporal tendientes a garantizar la atencion y cuidado del paciente.
7	Asumir de forma responsable y respetuosa la atencion al paciente y compañeros del servicio.	Realizando el proceso de traslado de documentos de interconsulta, formulas medicas, documentos de historia clinica para efectuar su respectiva facturacion y llevarlos a la respectiva UFEN para la respuesta por la especialidad consultada.
8	Conservar, mantener y garantizar la reserva legal de la Historia Clinica.	Trasladando los cadaveres a la morgue con el proposito de ser entregados a los familiares, o al ente correspondiente.
9	Asistir a las reuniones del grupo funcional y capacitaciones programadas por la institucion.	Realizando aseo y desinfeccion de las camillas y las sillas de ruedas con el proposito de evitar la contaminacion y diseminacion de infecciones.
10	Participar cuando se requiera en la elaboración y actualización del manual de procedimientos del área.	Registrando en el libro de control los diferentes examenes y hojas de atencion de urgencias con el porposito de hacer seguimiento y porporcionar informacion estadistica.
11	Informar daños de equipos o accidentes ocurridos durante el traslado de pacientes.	Velando por el buen uso de los equipos y elementos del inventario.
12	Informar oportunamente al referente del proceso inconvenientes que se presenten con pacientes, muestras y equipos.	
13	Trasladar los pacientes fallecidos a la morgue y ubicarlos en la nevera destinada para tal fin.	
14	Realizar traslado de los pacientes a los diferentes examenes y valoraciones requeridas fuera del servicio de forma oportuna y segura.	
15	Tramitar oportunamente la solicitud de citas de examenes especiales como tac, ecografias, ecocardiogramas, endoscopias, etc.	
16		

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

Jenny Ma Cepeda
Firma del Contratista

C.C. 1.016.081.374 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS

NOMBRE:	
CARGO:	Tatiana P. Clavijo G. C.C. No. 52.431.204 Bta Enfermera P.U.I.
FIRMA	

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): JENNY MARCELA CEPEDA ARIZA
No. Identificación: CC1016081374
Dirección: CR 99 A 26 28 SUR
Telefono: 3911536
Correo: MARCE1132@HOTMAIL.COM
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 38110135

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	JENNY MARCELA CEPEDA ARIZA
Tipo y número de identificación	CC1016081374
Número de planilla	38110135
Fecha pago	2019-10-16
Número de autorización pago	630104
Banco	1083

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	octubre de 2019
Periodo de Cotización Pensión	octubre de 2019
Número de Administradoras	4
Total Pagado	272900
Total Intereses de Mora	0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	20200	1
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	132500	1
CCF22	Colsubsidio Caja de Compensacion Fliar	16600	1
EPS008	Compensar EPS	103600	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1016081374
APELLIDOS Y NOMBRES: JENNY MARCELA CEPEDA ARIZA

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	230201	828116	828116	828116	828116	103600	0	132500	0	20200	0

PAGADA
38110135

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información