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:** $ 1.391.040 **Valor a cobrar:** $ 1.391.040

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
4	1661520	2792	01/11/2019	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	NOVIEMBRE	$ 1.391.040	$ 256.300	8338758055
12				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 8.628.480	$ 14.971.740	$ 14.515.788	$ 455.952

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 ejecución 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:** 01/11/2019 **Hasta:** 30/11/2019

	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 demás normas establecidas por la Institución.	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 facturación en forma oportuna de órdenes 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 atención 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 Clínica.	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 institución.	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 exámenes y valoraciones requeridas fuera del servicio de forma oportuna y segura.	
15	Tramitar oportunamente la solicitud de citas de exámenes 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 M. Cepeda A.
Firma del Contratista

C.C. 1.016.081.374 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATO

NOMBRE:	Tatiana P. Clavijo Q.
CARGO:	C.C. No. 52.421.204 Bta Enfermera P.U.I.
FIRMA	

180h.

Señor(es): JENNY MARCELA CEPEDA ARIZA
Nit: CC 1016081374
Dirección: CR 99 A 26 28 SUR
Teléfono: 3911536 **Fax:**
Ciudad: BOGOTA, D.C.

Respetado(s) señor(es)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:

compensar | miplanilla.com

Nombre	JENNY MARCELA CEPEDA
Tipo y número de identificación	1016081374
Número de radicación planilla	8338758055
Fecha de pago	11/18/2019
Número de autorización de pago	356224
Banco	1023
Valor Comisión	$0

Número de empleados	1
Periodo cotización salud	Noviembre 2019
Periodo cotización pensión	Noviembre 2019
Periodo cotización caja	Noviembre 2019
Número de administradoras	3
Total Pagado	$256.300
Total interes mora	$0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	- $20.200	1
230201	Proteccion (ING + Protección)	$132.500	1
EPS008	Compensar EPS	$103.600	1

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