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:	747	**C.D.P. No.:**	109	**Proceso al que pertenece:**	MEDIANA COMPLEJIDAD ASISTENCIAL
				Unidad a la que pertenece:	SAN BLAS

Nombre del Contratista: LINA MARCELA BAUTISTA FERNANDEZ **C.C.** 52.460.063 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2019-02-01 **Fecha Terminación incial:** 2019-07-31 **Valor Mensual:** $ 1.391.180 **Valor a cobrar:** $ 1.391.180

1.180

ADICIÓN OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 2.782.080	747	2019-08-01	2019-09-29
2	$ 3.096.660	747	2019-09-09	2019-09-16
3	$ 1.391.040	747	2019-10-18	2019-10-30

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1				
2	FEBRERO	$ 1.380.200	$ 256.300	1019238464
3	MARZO	$ 1.483.020	$ 256.300	1019238485
4	ABRIL	$ 1.303.260	$ 257.300	1019644831
5	MAYO	$ 1.348.200	$ 256.300	1020557769
6	JUNIO	$ 1.483.020	$ 256.300	1021215768
7	JULIO	$ 1.752.660	$ 256.300	1021990832
8	AGOSTO	$ 1.715.616	$ 257.800	1022481661
9	SEPTIEMBRE	$ 1.530.144	$ 256.300	1023382790
10	OCTUBRE	$ 1.391.180	$ 256.300	1024144601
11	NOVIEMBRE	$ 1.391.180	$ 256.300	1024870619
12				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 8.628.480	$ 11.410.560	$ 12.485.976	$ 2.335.574

2. INFORME DE ACTIVIDADES REALIZADAS Y AVANCE EN CUMPLIMIENTO DEL OBJETO DEL CONTRATO

OBJETO DEL CONTRATO

Prestar sus servicios personales de apoyo a la gestión que se requiera en diferentes áreas de las unidades de atención, conforme a las necesidades de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente (Camillero).

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 01-11-2019 **Hasta:** 30-11-2019

	OBLIGACIONES ESPECIFICAS (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 reglamentacion esablecida por la entidad.	Traslada los pacientes verificando seguridad de los pacientes.
2	Traslado de muestras biológicas al laboratorio clínico, de forma oportuna.	Traslada de forma oportuna las muestras a laboratorio clinico
3	Uso de elementos de bioseguridad en el traslado de muestras y procedimientos.	Utiliza los elementos de proteccion personal.
4	Tramitar la facturación en forma oportuna de órdenes de servicio (laboratorios, Ecografías, rayos X, etc.)	Tramita la facturacion de forma oportuna de laboratorios y medios diagnosticos.
5	Traslado de equipos, insumos a los servicios velando por la integridad y seguridad de los mismos.	Traslada equipos e insumos velando por su integridad.
6	Responder por el inventario que se le ha asignado (camillas, sillas de ruedas y otros), utilizando adecuadamente los equipos y elementos suministrados para desempeñar su labor.	Responde por el inventario a cargo.
7	Realizar la desinfección de los equipos asignados, de acuerdo al protocolo (camillas y sillas de ruedas).	Realiza las desinfecciones a cargo .
8	Asumir de forma responsable y respetuosa ña atención al paciente y compañeros del servicio.	Es respetuoso con sus compañeros y pacientes
9	Conservar, mantener y garantizar la reserva legal de la Historia Clínica.	Mantiene reserva de la historia clinica de los pacientes
10	Asistir a las reuniones del grupo funcional y capacitaciones programadas por la entidad, de conformidad con sus actividades.	Asiste a reuniones y capacitaciones.
11	Mantener reserva de la información que le sea suministrada en desarrollo de la orden y de todos aquellos propios de la misma.	Mantiene reserva de la informacion a cargo.
12	Informar daños de equipos o accidentes ocurridos durante el traslado de pacientes.	Informa daños a equipos.
13	Informar oportunamente al referente del proceso inconvenientes que se presenten con pacientes, muestras y equipos.	Informa inconvenientes con pacientes y muestras
14	Trasladar los pacientes fallecidos a la Morgue y ubicarlos en la nevera destinada para tal fin.	Traslada los pacientes a la morgue
15	Realizar traslado de los pacientes a los diferentes exámenes y valoraciones requeridas, en forma oportuna y segura de conformidad con las necesidades del servicio.	Traslada pacientes a examenes y fuera del servicio para cuenando se requiere.

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**

19.	Ofrecer trato con calidad y calidez al paciente y la familia, dando una atencion humanizada, conservando el respeto por la dignidad humana	Ofrece trato digno, respetuoso y humanizado al paciente y familiar
20.	Participar de las actividades de codogo rojo, cogigo azul, y la aplicación de guias y protocolos de gestion de hemocomponentes.	Participa de las actividades de codigo rojo, codiga azul y aplica protocolo de transporte de hemoderivados
21.	Realizar recibo y entrega de sus actividades al comenzar y finalizar las mismas	Realiza recibo y entrega de actividades

Observaciones:	Lina Bautista. **Firma del Contratista**
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.	**C.C.** 52.460.063 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS		
NOMBRE:	GLORIA MARITZA PINILLA	
CARGO:	Enfermera	
FIRMA		

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2019-11-27, 11:10:15 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1024870619

Periodo Cotización: octubre de 2019 **Periodo Servicio:** octubre de 2019 **Referencia pago (PIN):** 8800334280

PAGADO 27/11/2019

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LINA MARCELA BAUTISTA FERNANDEZ		
Documento	CC52460063	**Dirección**	CRA 9 BIS A # 49 F 46 SUR
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3192250780
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	SEGUROS BOLIVAR

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																	Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P.	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 52460063	LINA MARCELA BAUTISTA FERNANDEZ	59	00																0		30	30	30	0	(231001) COLFONDOS	$ 828.116	$ 132.500	(EPS042) COOSALUD	$ 828.116	$ 103.600	2.436	$ 828.116	$ 20.200	(NN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 256.300

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 828.116	$ 828.116	$ 828.116	$ 0	$ 132.500	$ 103.600	$ 20.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 256.300	$ 1.800	$ 258.100

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegurese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.