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: 04**
**FECHA: 2024-02-22**

## 1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. CONTRATO - OPS:** | PS 2037 2024 | **C.D.P. No.:** | 280 | **Proceso que pertenece:** | GESTION HOSPITALARIA |
| | | | | **Servicio al que pertenece:** | HOSPITALIZACION |
| | | | | **Unidad a la que pertenece:** | SANTA CLARA |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombre del Contratista:** | OLGA LUCIA RODRIGUEZ TOBAR | **C.C.** | 52.858.263 | **de:** | BOGOTA |
| **Fecha Inicio:** | 2024-01-21 | **Fecha Terminación inicial:** | 2024-03-20 | **Valor Mensual:** | $ 1.746.048 |
| **Valor a cobrar:** | $ 2.573.880 | | | | |

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | $ 2.737.464 | 945 | 21/03/2024 | 20/04/2024 |
| 2 | $ 2.937.192 | 1269 | 21/04/2024 | 20/05/2024 |
| 3 | $ 3.273.840 | 1614 | 21/05/2024 | 30/06/2024 |
| 4 | $ 2.455.380 | 2202 | 01/07/2024 | 31/07/2024 |
| 5 | $ 7.366.140 | 2614 | 01/08/2024 | 31/10/2024 |
| 6 | $ 311.220 | 2786 | 01/08/2024 | 31/10/2024 |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |
| 14 | | | | |
| 15 | | | | |
| 16 | | | | |
| 17 | | | | |
| 18 | | | | |
| 19 | | | | |
| 20 | | | | |

| Nº CTA | MES DE CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR | VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL | NÚMERO DE PLANILLA | FECHA DE PAGO PLANILLA |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | ENERO | $ 545.640 | $ 363.600 | 73629403 | 30/01/2024 |
| 2 | FEBRERO | $ 2.400.816 | $ 406.700 | 74373880 | 26/02/2024 |
| 3 | MARZO | $ 2.127.996 | $ 403.800 | 75160489 | 18/03/2024 |
| 4 | ABRIL | $ 2.455.380 | $ 404.400 | 75904386 | 18/04/2024 |
| 5 | MAYO | $ 2.455.380 | $ 404.000 | 76732893 | 21/05/2024 |
| 6 | JUNIO | $ 2.346.252 | $ 403.000 | 77552916 | 20/06/2024 |
| 7 | JULIO | $ 2.346.252 | $ 404.400 | 78300133 | 22/07/2024 |
| 8 | AGOSTO | $ 2.573.880 | $ 402.200 | 79100815 | 15/08/2024 |
| 9 | | | | | |
| 10 | | | | | |
| 11 | | | | | |
| 12 | | | | | |
| 13 | | | | | |
| 14 | | | | | |
| 15 | | | | | |
| 16 | | | | | |
| 17 | | | | | |
| 18 | | | | | |
| 19 | | | | | |
| 20 | | | | | |

**Resumen de contrato**

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 3.492.096 | $ 22.573.332 | $ 17.251.596 | $ 5.321.736 |

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

**OBJETO DEL CONTRATO**

PRESTAR SERVICIOS BACHILLER COMO CAMILLERO (A) 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:** 01/08/2024 **Hasta:** 31/08/2024

| | OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las establecidas 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 demas 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 en el mes AGOSTO DE 2024 | 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 en el mes de AGOSTO DE 2024 | 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 en el mes de AGOSTO DE 2024 | cumple con la utilizacion de los elementos de bioseguridad |
| 5 | Tramitar la facturación de órdenes de servicio en forma oportuna (laboratorios, ecografías, rayos X | Se realizo la gestion de facturacion del 100% de las ordenes de servicio de los pacientes que requirieron apoyo diagnostico en el mes de AGOSTO DE 2024 | 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 actiyiades programadas para el mes de AGOSTO DE 2024 | cumple con el inventario 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 para el mes de AGOSTO DE 2024 | formato de registro limpieza y desinfeccion |
| 9 | Asumir de forma responsable y respetuosa la atención al paciente y compañeros del servicio. | Para el mes de AGOSTO DE 2024 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 en el mes de AGOSTO DE 2024 | 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 para el mes de AGOSTO DE 2024 | 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 confidencialidad de la informacion | cumple con las actividades programadas |
| 13 | Informar daños de equipos o accidentes ocurridos durante el traslado de pacientes. | para el mes de AGOSTO 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 | Durante el mes de AGOSTO DE 2024, 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 en el mes de AGOSTO DE 2024 | 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 en el mes de AGOSTO DE 2024 | cumple con formato de actividades de camillero |
| 18 | Dar cumplimiento a guías y protocolos establecidos por la Entidad. | Las actividades programadas para el mes de AGOSTO DE 2024 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 en el mes de AGOSTO DE 2024 | 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 hemo componentes | 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 segun necesidad |
| 21 | Realizar la entrega de sus actividades al finalizar las mismas | Se garantizo el registro de las actividades 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 para el mes de AGOSTO 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 para el mes de AGOSTO DE 2024 | Seguimiento supervisión |
| 24 | Cumplir con el diligenciamiento y entrega oportuna hoja de ruta. | Se garantizo el 100% registro de las actividades de la Hoja de ruta del camillero en el mes de AGOSTO DE 2024 | verificar hoja ruta camillero |
| 25 | Apoyar actividades cuando se genera plan de contingencia en diferentes servicios (Medicamentos, dispositivos e insumos). | Se ejecutaron las actividades programadas para el mes de AGOSTO de acuerdo a las competencias | Seguimiento supervisión |
| 26 | Portar el uniforme teniendo en cuenta las normas de higiene y bioseguridad de la Subred | Se realizo el uso adecuado del uniforme durante la programacion de actividades para el mes de AGOSTO DE 2024 | Seguimiento supervisión |
| 27 | Portar el carnet institucional de la SUBRED durante la ejecución de las actividades . | Se realizo el uso adecuado del carnet durante la programacion de actividades para el mes de AGOSTO DE 2024 | Seguimiento supervisión |

**Observaciones:**

**Nota:** Es deber contractuel 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.

OLGA LUCIA RODRIGUEZ TOBAR

**FIRMA DE CONTRATISTA**

**C.C.** **52.858.263** **DE** **BOGOTA**

**VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATO**

| | |
|---|---|
| **NOMBRE:** | **NATALY DUQUE SALAZAR** |
| **CARGO:** | **ENFERMERO CODIGO 243 GRADO 20** |
| **FIRMA** | |

Maylerli Martinez
ENFERMERA JEFE
C.C. 52.477.056
FUCS

**CUENTA DE COBRO No. 8 - 2024**

**LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.**
**NIT 900.959.051-7**

**DEBE A**

**OLGA LUCIA RODRIGUEZ TOBAR**
**C.C. 52.858.263 DE BOGOTA**

**LA SUMA DE:**

**DOS MILLONES QUINIENTOS SETENTA Y TRES MIL OCHOCIENTOS OCHENTA PESOS M/CTE**
**$ 2.573.880**

**Por concepto de: 267 HORAS**
**Honorarios por Prestación de Servicios en cumplimiento del Contrato No. PS 2037 2024, con afiliación ARL RIESGO 3 correspondiente al mes de AGOSTO de 2024**

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS COMO CAMILLERO (A) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. DEL 1/08/2024 AL 31/08/2024

OLGA LUCIA RODRIGUEZ TOBAR
**OLGA LUCIA RODRÍGUEZ TOBAR**
**CC. 52.858.263 DE BOGOTA**
**CEL. 3153406234**
**DIR: CALLE 69B # 81-63**
**CUENTA AHORROS: 05706170026068 BANCO: DAVIVIENDA**
**31/08/2024**

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 52858263 | OLGA LUCIA RODRIGUEZ TOBAR | | TRNS 106 78 F 15 | 3153406234 | OLGALUCIARODRIGUEZTOBAR@GMAIL.COM | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | | BOGOTÁ D.C. | BOGOTÁ D.C. | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2024-07 | 2024-07 | I | 15/08/2024 | 79100815 | $402.200 | |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

| TOTALES SALUD | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código EPS | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades | | Licencia Maternidad | | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
| | | | | | No. Autorización | Valor | No. Autorización | Valor | | | | | |
| EPS008 | Compensar EPS | 860066942-7 | 162.500 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 162.500 | 1 |

| TOTALES PENSIÓN | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código AFP | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
| 230301 | Porvenir | 800224808-8 | 208.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 208.000 | 1 |

| TOTALES RIESGOS LABORALES | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código ARL | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Incapacidades | | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
| | | | | No. Autorización | Valor | | | | | | | | | | |
| 14-7 | Seguros Bolivar S.A. | 860002503-2 | 31.700 | | | | 31.700 | 0 | 0 | 31.700 | | | 317 | 31.700 | 1 |

| TOTALES CAJAS | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |

| TOTALES PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| SENA | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | | | | |
| | | | | |
| MEN | | | | |
| | | | | |

| TOTALES POR SUBSISTEMA | | | |
|---|---|---|---|
| Tipo Administradora | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
| Salud | 1 | 162.500 | 162.500 |
| Pensión | 1 | 208.000 | 208.000 |
| Riesgos Laborales | 1 | 31.700 | 31.700 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 402.200 | 402.200 |

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