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 2039 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: MARÍA ANGELICA RODRIGUEZ MENDOZA **C.C.** 53.168.375 **de:** BOGOTÁ

Fecha Inicio: 2024-01-21 **Fecha Terminación inicial:** 2024-03-20 **Valor Mensual:** $ 2.000.680 **Valor a cobrar:** $ 2.573.880

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 2.682.900	945	2024-03-21	2024-04-20
2	$ 3.155.448	1269	2024-04-21	2024-05-20
3	$ 2.837.328	1614	2024-05-21	2024-06-30
4	$ 2.673.636	2202	2024-07-01	2024-07-31
5	$ 7.366.140	2614	2024-08-01	2024-10-31
6	$ 311.220	2736	2024-08-01	2024-10-31
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

N° CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO PLANILLA
1	ENERO	$ 763.896	$ 358.900	4531853672	17\01\2024
2	FEBRERO	$ 2.400.816	$ 404.200	4536265272	21\02\2024
3	MARZO	$ 2.073.432	$ 402.200	4540536957	11\03\2024
4	ABRIL	$ 2.455.380	$ 428.200	4544808617	10\04\2024
5	MAYO	$ 2.237.124	$ 428.200	4547392268	11\05\2024
6	JUNIO	$ 2.400.816	$ 428.200	4551794818	13\06\2024
7	JULIO	$ 2.291.688	$ 428.200	4556251294	15\07\2024
8	AGOSTO	$ 2.573.880	$ 428.200	5460742960	10\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	$ 22.518.768	$ 17.197.032	$ 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:** 2024-08-01 **Hasta:** 2024-08-31

	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 en el mes AGOSTO de 2024	Cumple con formato de actividades de camillero
3	Trasladar las muestras biológicas al laboratorio clinico, 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 activiades programadas para el mes de AGOSTO de 2024	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 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 Clinica.	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 confidencilidad 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 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 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 activiades 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

bservaciones:

Nota: Es deber contractual anexar la certificación del pago a Salud, pensión y ARL. En caso de tener contrato nuevo adjuntar l soporte de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud como cotizante y afiliación a pensión., Teniendo en uenta que con la implementación del Decreto 1273 de 2018 el pago de aportes se hace de manera vencida de acuerdo con as fechas establecidas en el Decreto 1990 de 2016.

Angelica Rodriguez

Firma del Contratista

C.C.	53.168.375	**de**	BOGOTÁ

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATO	
NOMBRE:	NATHALY DUQUE SALAZAR
CARGO:	ENFERMERO CODIGO 243 GRADO 20
FIRMA	

Magerli Martinez

CUENTA DE COBRO N° 08 DE 2024

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD

CENTRO ORIENTE E.S.E.

Nit.900.959.051-7

DEBE A:

MARIA ANGELICA RODRÍGUEZ MENDOZA

C.C. 53.168.375 de BOGOTÁ

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 2039 2024, con afiliación ARL RIESGO 3 correspondiente al mes de AGOSTO 2024

OBJETO: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. 01/08/2024 AL 31/08/2024

Cordialmente

María Angelica Rodríguez Mendoza

MARIA ANGELICA RODRÍGUEZ MENDOZA

CC. 53.168.375

TELEFONO : 3107711845 -3143612734

DIR: CALLE 59 No 15ª-08 Sur

NO. CUENTA BANCARIA : 0550488437821603 CUENTA DE HAORROS DAVIVIENDA

31 AGOSTO 2024

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	53168375
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			MARIA ANGELICA RODRIGUEZ MENDOZA
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	FAKITA19261@HOTMAIL.COM	TELÉFONO:	1111111
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONÓMICA:	Otros trabajos de edición.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	UNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	4560742960		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES julio AÑO 2024		PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES julio AÑO	2024
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd)	2024/08/12		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9999639445

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
231001	231001-COLFONDOS	1	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 208.000	$ 0	$ 208.000
SUBTOTALES:										**$ 208.000**	**$ 0**	**$ 208.000**

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 ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 0	$ 162.500
SUBTOTALES:													**$ 162.500**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 162.500**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES				
CÓDIGO	NOMBRE		NUMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO	
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 31.700	$ 31.700	$ 0	$ 0	$ 31.700	
SUBTOTALES:									**$ 31.700**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 31.700**	

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF24	CCF24-COMPENSAR	1	$ 26.000	$ 0	$ 26.000
SUBTOTALES:			**$ 26.000**	**$ 0**	**$ 26.000**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																		PARAFISCALES					
																										PENSIÓN							SALUD						ARP						CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	RETORNO TRABAJA	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	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
1	CC 53168375	RODRIGUEZ MENDOZA MARIA ANGELICA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE		$ 1.300.000				NO																	231001-COLFONDOS	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 1.300.000	$ 162.500	$ 0	$ 162.500	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.300.000	$ 53168375	$ 31.700	30	$ 1.300.000	CCF24-COMPENSAR	$ 26.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 428.200

Planilla Pagada