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 2024- 202 | **C.D.P. No.:** | 280 |
| **Proceso que pertenece:** | MISIONAL | | |
| **Servicio al que pertenece:** | HOSPITALARIO | | |
| **Unidad a la que pertenece:** | UHMES SAN BLAS | | |
| **Nombre del Contratista:** | LINA MARCELA BAUTISTA FERNANDEZ | **C.C.** | 52.460.063 |
| **de:** | BOGOTA | | |
| **Fecha Inicio:** | 2024-01-21 | **Fecha Terminación Inicial:** | 2024-03-20 |
| **Valor Mensual:** | $ 1.735.200 | **Valor a cobrar:** | $ 1.821.960 |

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | $ 1.543.051 | 945 | 2024-03-21 | 2024-04-20 |
| 2 | $ 1.694.413 | 1269 | 2024-03-21 | 2024-05-20 |
| 3 | $ 2.619.072 | 1614 | 2024-05-21 | 2024-06-30 |
| 4 | $ 1.291.280 | 2202 | 2024-07-01 | 2024-07-31 |
| 5 | $ 5.456.400 | 2614 | 2024-08-01 | 2024-10-31 |
| 6 | $ 311.220 | 2786 | 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 | $ 54.564 | $ 382.100 | 1060595925 | 17/01-2024 |
| 2 | FEBRERO | $ 1.527.792 | $ 430.000 | 1061566326 | 19/2/2024 |
| 3 | MARZO | $ 1.636.920 | $ 428.000 | 1062131983 | 9/3/2024 |
| 4 | ABRIL | $ 1.636.920 | $ 428.000 | 1062132028 | 10/4/2024 |
| 5 | MAYO | $ 1.636.920 | $ 428.000 | 1063625138 | 10/5/2024 |
| 6 | JUNIO | $ 1.636.920 | $ 428.000 | 1064460059 | 15/6/2024 |
| 7 | JULIO | $ 1.636.920 | $ 428.000 | 1064460091 | 12/7/2024 |
| 8 | AGOSTO | $ 1.821.960 | $ 428.000 | 1065819547 | 12/8/2024 |

| Resumen de contrato | VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|---|
| | $ 3.492.096 | $ 16.407.532 | $ 11.588.916 | $ 4.818.616 |

## 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 se cumple con protocolos |
| 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 del 2024 | comento y entrego al servicio de forma adecuada y con respeto |
| 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 del 2024 | se translada las muetras en el protocolo y elementos de bioseguridad |
| 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 del 2024 | uso mis elementos de seguriadad en el momento de transladar muestras |
| 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 | tramito de forma rapida y oportuna odenes y examenes q se me asignan |
| 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 | velo por el buen nuso de las sillas y camillas q se utilizan en ele trascuerso de mis horas laborales |
| 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 | entrego las sillas de ruedas q se esten en buen estado y limpias |
| 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 JULIO de 2024 | cumplo realizando las desinfeccon q se me asigna cada mes |
| 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 | no aplica |
| 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 | se hace cadena de custodia ala historia clinica con respeto |
| 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 | se cumple con reuniones asignadas para el mejoramiento |
| 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 | se cumple con reuniones asignadas para el mejoramiento |
| 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 | respeto la informacion suministrada 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 | se informa de los eventos adversos ala jefe de turno |
| 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 . | se translada los fallecidos segun protocolo y se dejan en nevera y se anota en ele libro |
| 16 | Realizar traslado de los pacientes a los diferentes exámenes y | Se garantizo el traslado del 100% de los pacientes a las diferentes areas a nivel | se hace traslado de pacientes a los diferntes |
| 17 | Tramitar oportunamente las ordenes de exámenes especiales emitidas como tac, ecografías, 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 | se tramita y radica los examenes q no e hacen en ele hospital |
| 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 | se evidencia en ele correo y protocolos institucionales |
| 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 del 2024 | se trata con respeto los familiares y personal de hospital en el turno, |
| 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 | se atiende el llamado de codigo en el cual se apoya |
| 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 | se lleva hoja de ruta |
| 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 | se informa de manera respetuosa a los jefes y auxliares de turnode eventos q se presenten |
| 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 | se utiliza el uniforme de acuerdo al hospital |
| 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 | se cumple con la entrega de hoja de ruta |
| 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 | se apoya de forma oportuna en los servicios cerrados |
| 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 | se porta el uniforme segun las reglsdel hospital |
| 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 | se porta el carnet en las horas laborales, |

**Observaciones:**

**Nota:** Es deber contractual 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.

Marcela Bautista

**Firma del Contratista**

**C.C.** 52.460.063 **de** BOGOTA

**VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATO**

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

Luz Angela Contreras Ramos
C.C. 52819936
Enfermera Jefe

**Cuenta de cobro 08- 2024**

# SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

**Nit. 900.959.051-7**

**DEBE A:**
**LINA MARCELA BAUTISTA FERNANDEZ**
**C.C 52.460.063 DE BOGOTA D.C**

**LA SUMA DE:**

**($1821960 )UN MILLÓN OCHOCIENTOS VEINTIÚN MIL NOVECIENTOS SESENTA PESOS M/T.**

Por concepto de:

- Honorarios 189 horas por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No PS 2024- **2024** correspondiente del 01 al 31 mes de **AGOSTO** de 2024.

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS DE ACUERDO A SU PERFIL ACADÉMICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES DE **CAMILLERA,** CON DISPONIBILIDAD EN CUMPLIMIENTO DE LA MISIÓN Y LA VISIÓN DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

**Cordialmente:**

Marcela Bautista.

LINA MARCELA BAUTISTA FERNANDEZ
C.C 52.460.063
Teléfono :3192250780
Dir: cr 9 bis a 49 f-46 sur
No Cuenta 0550488411446955 de Ahorros DAVIVIENDA

AGOSTO 31 de 2024

Simple

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2024-08-12, 09:04:32 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1065819547

**Periodo Cotización:** julio de 2024 **Periodo Servicio:** julio de 2024 **Referencia pago (PIN):** 8810755304

**PAGADO 12/08/2024**

## 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 | 57 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 1.300.000 | $ 208.000 | (EPS008) COMPENSAR EPS | $ 1.300.000 | $ 162.500 | 2,436 | $ 1.300.000 | $ 31.700 | (CCF24) COMPENSAR CCF | $ 1.300.000 | $ 26.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 428.200 |

## 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 1.300.000 | $ 1.300.000 | $ 1.300.000 | $ 1.300.000 | $ 208.000 | $ 162.500 | $ 31.700 | $ 26.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 428.200 | $ 0 | $ 428.200 |



Lineas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellin: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

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